NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Liste des Journaux reproduits ou consultés pour la rédaction de l'Encyclographie.

JOURNAUX BELGES.

Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.
Annales de la Société de médecine de Gand.
Annales de la Société de médecine d'Anvers.
Annales de la Société de médecine de la province d'Anvers.
Annales de la Société médico-chirurgicale de Verviers.
Annales de la Société de médecine de Verviers.
Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Annales médico-psychologiques.
Annales de thérapeutique de Rognetta.
Annales d'hygiène publique et de médecine lég.
Annales des maladies de la peau.
Archives générales de médecine.
Bulletin de thérapeutique.
Bulletin médical de Bordeaux.
Bulletin des Académies.
Clinique de Montpellier.
Gazette médicale de Paris.
Gazette des hôpitaux.
Gazette médicale de Montpellier.
Gazette médicale de Strasbourg.
Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse.
Journal de médecine et de chirurgie pratiques.
Journal des connaissances médicales.
Journal des connaissances médico-chirurgicales.
Journal de médecine de Lyon.
Journal de médecine de Nantes.
Journal de médecine de M. Trousseau.
Journal de chirurgie de M. Malgaigne.
Journal de chimie médicale.
Journal de la Société de médecine de Montpellier
Revue médicale.

55350

NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉE PAR

UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

1re PARTIE.

ARCHIVES

DE LA MÉDECINE BELGE ET REVUE DES JOURNAUX BELGES.

2me PARTIE.

BULLETIN

DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

3me PARTIE.

REPRODUCTION

ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JANVIER 1847. — 8me SÉRIE. — T. I.

Bruxelles,

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE DE N.-J. GREGOIR, ÉDITEUR,

FOSSÉ-AUX-LOUPS, 66.

1847.

SOMMAIRE DES ARTICLES CONTENUS DANS CE VOLUME.

Archives de la médec. belge, p. 1-60.

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Anatomie. 1. *Revue* 20.—21

IV. PATHOL., THÉRAPEUT. ET CLINIQ. MÉDIC.

Path. interne. 2—4. *Revue* 23—44.
Thérapeut. 5—8. *Revue* 24—47.

V. ACCOUCHEM., MAL. DES FEM. ET DES ENF.

Accouchement. 9—10. *Revue* 27—45.
Maladies des femmes. 11. *Revue* 43.
Maladies des enfants. 42.

VI. CHIRURG., ORTHOPÉD. ET OPHTHALMOL.

Pathologie externe. 13 *Revue* 34.
Médecine opératoire. 14—16. *Revue* 22—50.

VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

Maladies mentales. 17.
XII. Généralités. 18—19. *Revue* 46—49.

Sociétés savantes, pag. 209—230.

Mélanges. 36, 42.

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

(JANVIER 1847.)

OBSERVATIONS DE PURPURA HÆMORRHAGICA RECUEILLIES A L'HÔPITAL MILITAIRE DE LIÉGE DANS LE SERVICE ET SOUS LA DIRECTION DE MONSIEUR LE MÉDECIN DE RÉGIMENT MERCHIE;

Par A. J. HART, médecin de bataillon au 11e régiment d'infanterie de ligne.

Une maladie assez rare à l'état sporadique le *purpura hæmorrhagica*, vient de régner, d'une manière en quelque sorte épidémique, pendant les mois de mai et juin, à l'hôpital militaire et dans la garnison de Liége. — Nous en avons constaté douze cas. Peut être trouvera-t-on le nombre douze bien faible pour en créer une épidémie, par la raison que cette dénomination ne se donne d'ordinaire qu'aux maladies qui sévissent à la fois sur un grand nombre d'individus, ou qui parcourent une grande étendue de pays. Mais il me paraît qu'il ne faut pas toujours un chiffre élevé, une large surface, pour octroyer la qualification d'épidémique à une maladie. C'est à son caractère, à sa marche, à son apparition extraordinaire qu'on la reconnaît telle. On sait en effet que les épidémies ont une manière d'être, une marche qui les différencient des affections dites par opposition sporadiques, et le purpura en question nous a précisément présenté ces particularités différentielles; ainsi:

1° Malgré toutes nos recherches, nous ne sommes pas parvenu à en saisir les causes productrices.

2° Il a indistinctement frappé des individus de toute espèce, forts ou faibles, de l'infanterie, du régiment de chasseurs, de l'artillerie.

3° On a pu observer trois périodes dans sa marche; celle d'accroissement, d'état et de décroissement: les symptômes ont été plus graves dans le commencement, moins prononcés au déclin.

4° Enfin les divers moyens, employés et efficaces dans les cas sporadiques de la même maladie, nous ont paru sans influence dans

ceux-ci; d'ailleurs le nombre douze n'est que relativement faible : il acquiert de l'importance dans une maladie communément aussi rare que le purpura hœmorrhagica.

Dans la description que je vais en faire, je commencerai par donner le tableau général des symptômes, j'indiquerai ensuite le traitement employé. Je rapporterai, comme exemples, quelques histoires particulières, et je finirai par montrer qu'il n'est pas possible de rapporter notre purpura aux causes que lui assignent les auteurs.

Symptômes.—La maladie débutait par un sentiment de faiblesse, de lassitude dans les jambes, par des douleurs sourdes, gravatives autour des malléoles et dans les muscles des mollets, douleurs qui étaient avivées ou réveillées par la plus légère pression, par le plus petit mouvement de flexion ou d'extension des pieds : du reste, tout d'abord, ni rougeur, ni gonflement, ni chaleur dans ces parties; seulement, avec beaucoup d'attention, on pouvait reconnaître que la peau était livide, salie, rembrunie autour des poils. Nous notâmes cet état particulier de la peau dès le commencement de l'épidémie, c'est à dire chez les premiers malades, et il se maintint si bien pendant son cours, qu'avec lui seul, joint aux douleurs autour des malléoles, nous diagnostiquions avec assurance un nouveau cas de purpura.

Après quelques jours de durée de ces symptômes, de petites taches circulaires, d'une demi-ligne à une ligne de diamètre, dans le genre des morsures de puce, non proéminentes, d'une coloration variant entre le rouge lie-de-vin et le pourpre foncé, ne subissant aucun changement à la pression, en un mot des pétéchies, se montraient çà et là sur les membres inférieurs, rarement en même temps au tronc et aux membres supérieurs. Ou bien elles naissaient à la fois, de manière à offrir partout la même teinte; ou bien elles apparaissaient successivement, de manière à donner à la peau un aspect bizarre, résultat des teintes différentes des pétéchies et de leur ancienneté. — Au milieu des taches pétéchiales, on distinguait presque toujours quelques plaques et marbrures ecchymotiques; il y a plus, deux ou trois malades n'offrirent que ces dernières, elles étaient plus marquées sur les malléoles externes, aux tubérosités des tibias, qu'ailleurs, sans doute à cause de la pression à laquelle sont soumis ces endroits pendant le décubitus.

Chaque jour, dans les premiers temps de l'existence des pétéchies ou ecchymoses, avaient lieu des épistaxis parfois très-abondantes; cependant le pouls restait normal, la chaleur de la peau naturelle, la digestion, la respiration, les diverses excrétions, les fonctions intellectuelles et sensoriales, s'exécutaient comme dans l'état de santé. Pendant que se faisait l'éruption pétéchiale, les

gencives se tuméfiaient, devenaient rouges, violacées, noirâtres, fongueuses ; elles exhalaient une odeur fétide, saignaient à la moindre pression et lors de la mastication, elles étaient quelquefois tellement boursouffiées qu'elles couvraient presque entièrement les dents.

Il n'y a rien eu de fixe ni dans le temps que mettaient les pétéchies et les ecchymoses à s'effacer, (qui pour cela prenaient d'abord une couleur plus foncée, ensuite jaunissaient, puis disparaissaient), ni dans celui pendant lequel se formaient successivement de nouvelles taches ; ce temps a varié de quinze jours à 5, 6, 7 et 8 semaines : chez deux vénériens, atteints de purpura, elles persistent depuis près de deux mois.

Il en a été de même de l'affection des gencives qui, en général, s'améliorait au fur et à mesure que les taches s'effaçaient.

Traitement. — Les moyens que nous avons dirigés contre cette affection peuvent se diviser en pharmaceutiques et en hygiéniques. Parmi les premiers, nous avons donné à l'intérieur les ferrugineux (pilules de Bland), les décoctions de quinquina, de serpentaire de Virginie avec le camphre, les juleps contenant depuis deux jusqu'à quatre gros de chlorure de chaux liquide, les mucilages contenant une once d'huile essentielle de térébenthine, les boissons acidulées par l'acide sulfurique ; et à l'extérieur les frictions avec l'eau-de-vie camphrée, le baume opodeldoch, les lotions, les fomentations avec l'alcool, l'eau végéto-minérale.

Contre les ulcérations des gencives, leur mauvaise odeur, nous avons employé les gargarismes acidulés, chlorurés, les astringents, quelquefois les caustiques, l'acide hydro-chlorique avec le miel de roses, le nitrate d'argent en crayon promené sur les points ulcérés des gencives autour du collet des dents.

Nous avons particulièrement insisté sur les moyens hygiéniques. En effet, les pétéchies, les flux de sang par le nez, par les gencives, ne peuvent être considérés que comme l'expression d'une altération du sang, d'une disassaciation de ses éléments constitutifs, ou peut-être d'une diminution de quantité de sa fibrine, ainsi que les expériences de Gavarret semblent le prouver ; c'était donc à reconstituer ce liquide appauvri, que devaient tendre nos efforts. Or, pour atteindre ce but, nous n'avons guère confiance dans les médicaments ; et si, malgré cela, nous en avons administré en assez bon nombre, ce fût plutôt par acquit de conscience que par conviction. Nous aimons, en général, mieux recourir aux substances alimentaires, à un bon régime, aidé d'un exercice modéré au grand air : nous avons en conséquence prescrit une nourriture analeptique, des bouillons, des viandes rôties, du vin. Nous y avons ajouté quelques végétaux frais,

tels que laitue, cresson de fontaine : non parce que nous les considérons comme des spécifiques, des anti-scorbutiques ; mais à raison de leurs qualités toniques; enfin nous avons recommandé aux malades de rester beaucoup au grand air dans les cours de l'établissement.

Nous ne pouvons affirmer si le traitement, ainsi établi, a exercé une influence favorable sur la maladie en question dans cette concurrence, il nous a semblé au contraire qu'il a été d'une insignifiance complète jusqu'au moment où M. le médecin de régiment, Merchie, a imaginé de leur donner de la salade; mais à dater de ce moment, l'état de tous ceux qui en mangeaient, moins les vénériens toutefois, s'est amendé visiblement et rapidement.

Quelques observations. — Desmet, soldat au 2me régiment d'artillerie, est âgé de 35 ans, d'un tempérament sanguin, mais d'une constitution fortement détériorée : pendant les années 37 et 38, il est entré six fois à l'hôpital militaire d'Anvers pour la fièvre intermittente, qu'il a gardée dix-huit mois avant d'être complètement guéri. Venu à l'hôpital de Liége pour la même maladie le 22 mars 1846, il n'a eu cette fois que sept à huit accès sous la forme tierce ; mais comme il est porteur d'un engorgement de la rate, que sa face reste pâle, décolorée, on continue l'emploi du sulfate de quinine, et on le soumet à un régime fortifiant. Cette médication, suivie pendant quinze à vingt jours, avait rendu des forces à Desmet; on ne sentait plus sa rate sous la pression abdominale, sa coloration était plus naturelle, quand il lui survint de la bouffissure à la face, de l'œdême aux paupières et autour des malléoles. Nous le soumettons immédiatement à un nouvel examen, mais nous ne parvenons à découvrir aucun organe malade. Toutes les fonctions s'exécutent régulièrement, le pouls est normal, la chaleur naturelle. Nous croyons d'abord à l'existence d'un état atonique, à un défaut de vitalité de la peau, et dans le but de réveiller son action, nous prescrivons à l'intérieur les sudorifiques, à l'extérieur les frictions camphrées, balsamiques.

Cette médication fut continuée pendant plusieurs jours, mais inutilement; la face devenait plus bouffie, le gonflement des malléoles augmentait, et le malade accusait de la fatigue, de la douleur dans les jambes; nous tournons alors notre attention vers les reins, et les diurétiques sont administrés sans plus de résultat. Cependant les douleurs vont toujours en augmentant, la moindre pression, le plus léger mouvement autour des malléoles les excite, ou les réveille, et le malade se plaint de ne pouvoir presque plus marcher ; une épistaxis a lieu, les gencives se gonflent, deviennent livides et saignent lors de la mastication : c'est alors que nous découvrons sur les jambes quelques petites taches d'un rouge brun, ne dispa-

raissant pas par la pression du doigt, les unes ayant à peine la dimension d'une morsure de puce, les autres beaucoup plus petites. En quelques jours ces taches augmentent, s'étendent sans cependant se confondre, excepté autour des malléoles, où elles se réunissent en larges plaques d'une couleur lie-de-vin. En même temps, les gencives se boursoufflent au point de cacher presque entièrement les dents; elles deviennent noirâtres, ulcérées, fongueuses, saignantes au moindre contact; des épistaxis abondantes se répètent chaque jour pendant une semaine : elles fournissent un sang rouge et diffluent. Aujourd'hui, premier juillet, Desmet est en pleine convalescence, les pétéchies des jambes ont à peu près disparu, les plaques, situées autour des malléoles, ont pris une teinte bleuâtre sale qui persiste, et due évidemment non plus à l'ecchymose elle même, mais à la combinaison de la matière colorante du sang avec le derme ou l'épiderme.

Mækelberg, (19 ans), volontaire, d'une constitution lymphatique exagérée, peau blanche, transparente, sort de la prison des petits Carmes, où il est resté six mois. Après trois ou quatre semaines de séjour dans une chambre basse et humide, ses jambes, dit-il, enflèrent autour des malléoles, ses glandes sous-maxillaires prirent un développement considérable. A son arrivée ici, le 22 mai, il se plaint de fatigue, de douleurs dans les jambes, surtout au dessous des malléoles; mais l'éruption pétéchiale a chez lui un caractère particulier : indépendamment des taches circulaires d'un rouge foncé, elle forme des marbrures d'une teinte jaunâtre, disséminées entre les pétéchies ; on observe la même disposition et la même coloration sur la face dorsale de ses mains. Du reste, mêmes symptômes que ceux indiqués dans la description générale. Cet homme a quitté l'hôpital le 1er juillet parfaitement guéri.

Je ne signale les deux cas suivants que comme preuve de ce que j'ai avancé plus haut : savoir, que la maladie s'était montrée chez des individus, placés en apparence dans les meilleures conditions.

Buyst (23 ans), soldat au 2me régiment d'artillerie, est d'un beau développement; sa constitution est la sanguine. Sorti de l'hôpital, après cinq jours de séjour pour une contusion située sur la tête du péronée, et produite par un coup de pied de cheval, il nous revient deux jours après, accusant de la fatigue, des douleurs dans les jambes, et les rapportant à ce coup de pied ; puis bientôt après, la plupart des autres symptômes de notre maladie : pétéchies, gencives saignantes, épistaxis. Après quarante jours, il sort de l'hôpital guéri.

Dekeyser appartient aussi au 2me régiment d'artillerie, il est d'un tempérament sanguin, fortement bâti, et n'a jamais été ma-

lade. Chez lui, les pétéchies ont fait place à de larges plaques d'un jaune-verdâtre, avec tuméfaction et tension des parties, assez considérables pour produire de fortes douleurs.

Slingeneyer, caporal au 11e régiment, entre à l'hôpital le 9 mai pour une douleur ressentie dans l'aine droite, et survenue, dit-il, à la suite d'un coup de crosse de fusil ; par le toucher, on reconnait que plusieurs glandes sont tuméfiées et sensibles à la pression. Bientôt le gonflement augmente, et il se forme une tumeur volumineuse, dure, adhérente, d'un rouge-violacé. Soupçonnant la présence du virus syphilitique, nous examinons les parties génitales de Slingeneyer, et trouvons qu'il est porteur d'un chancre, situé à la base du gland.

Placé à la salle des vénériens, et soumis à un traitement mercuriel, le malade accuse déjà du mal aux gencives : le quatrième jour de l'administration de la liqueur de Van Swieten, elles sont livides, gonflées ; quelques jours plus tard, elles deviennent saignantes, une epistaxis a lieu, il n'est plus permis de méconnaître la maladie. Les jambes se couvrent en effet de pétéchies, le bubon s'ulcère, ses bords se renversent, deviennent lardacés, son fond grisâtre laisse écouler un détritus mêlé à une sanie abondante. Aujourd'hui, cinquantième jour de la maladie, l'éruption pétéchiale est moins abondante, cependant il y a encore une foule de petites plaques ecchymotiques ; les gencives sont encore énormément tuméfiées, au point que les dents en sont presque cachées : elles exhalent une sérosité sanguinolente plutôt que du sang véritable. Le bubon est largement ouvert, sa base profondement engorgée, il saigne avec la plus grande facilité. Tout indique que cette maladie sera longue.

Deux autres cas de purpura hæmorrhagica sont encore survenus dans le service des vénériens. Le premier chez Minne, soldat au 11e régiment. Cet homme est entré à l'hôpital le 10 mars pour des chancres, contre lesquels on lui a administré pendant un mois la liqueur de Van Swieten. L'éruption pétéchiale a commencé dans les premiers jours de mai. Aujourd'hui, les jambes et les cuisses sont encore couvertes de taches nombreuses ; les gencives restent tuméfiées, noirâtres, fongueuses, et saignent chaque jour. Le second est celui de Uytterhoven, soldat au 2e régiment d'artillerie, entré le 15 juin pour une syphilide générale ; il accuse de la fatigue dans les jambes, de la douleur au-dessous des malléoles : nous annonçons un purpura qui ne tarde pas à se déclarer.

Les cas les plus légers, ceux qui se sont le moins écartés de la description générale, ont été observés chez

Soudan, Jean Joseph,	22	ans,	soldat au	2me régiment	d'artillerie.
Dejans, Charles,	24	»	»	»	»
Depriester, Ange,	27	»	»	»	»
Ruwel, Edouard,	20	»	»	1er régiment	chasseurs à pied.

C'étaient des jeunes gens robustes, de bonne constitution. Le seul atteint de purpura, qui ait succombé, est le nommé Demaerel, Pierre, soldat au 2me régiment d'artillerie. A l'autopsie nous avons trouvé les poumons gorgés d'un sang noir, diffluent à leur partie postérieure; il avait les apparences d'un homme fort, et n'avait jamais fait de maladie grave auparavant.

Causes. — Le purpura, disent les auteurs, attaque les sujets délicats affaiblis par une mauvaise nourriture, la misère, la malpropreté, l'habitation de lieux malsains, humides, mal aérés, privés de l'influence salutaire de la chaleur et de la lumière du soleil, ceux qui se livrent ou se sont livrés à des excès, dont la constitution a été détériorée par des maladies antérieures, qui ont fait usage de certains médicaments, plus particulièrement de préparations mercurielles qui ont amené la salivation.

Si de cette série de causes, on soustrait l'usage des préparations mercurielles, qui a précédé l'apparition du purpura chez Minne, et les maladies antérieures, cas qui est jusqu'à un certain point applicable à Désmet dont j'ai rapporté plus haut l'observation, il n'en reste aucune qu'on puisse invoquer pour les autres atteints; car quiconque connaît le régime, le genre de vie, l'habitation du soldat belge, sait qu'il n'est, en aucun temps, mal nourri, misérable, mal propre etc.

Le régime du soldat se compose de

Bouillon avec pain blanc.	le matin.
1/4 kilog. de viande.	
1/6 kilog. de viande.	l'après midi.
1/4 litre de pois ou haricots secs.	

Plus 1 1/2 livre de pain de froment par jour.

Remarquez qu'il n'y entre que des légumes secs: ils ont été substitués aux pommes de terre à cause de la cherté excessive de ces dernières; nous avons pensé un moment que le manque de légumes frais ou non secs pouvait être pour quelque chose dans la détermination de la maladie, et ce fut de cette idée qu'on partit pour ordonner aux malades l'usage de la salade, du cresson; mais en y réfléchissant, on sent que cette manière de voir n'est pas soutenable. Comment, en effet, comprendre que, sur une garnison de 3 à 4 mille hommes, un aussi petit nombre en eût été influencé? Comment surtout expliquer la préférence qu'a montrée notre mal pour les artilleurs, qui, comme on sait, ont une solde plus forte que les soldats de l'infanterie, et qui par conséquent, n'auront pas

manqué, selon l'usage habituel du soldat, d'en employer une partie à l'achat des fruits de la saison, fruits qui auraient dû contrebalancer et annihiler l'action morbifère des légumes secs.

Nous tirons de ce qui précède la conclusion que, pour la grande majorité des cas que nous avons observés, il n'est pas possible de reconnaître les causes qui engendrent la même maladie dans les temps et circonstances ordinaires.

HOPITAL MILITAIRE D'ANVERS.

RAPPORT SUR LE SERVICE DU SECOND SEMESTRE DE 1846;

Par le médecin principal GOUZÉE, médecin en chef de l'hôpital militaire d'Anvers, etc.

Le nombre des malades, reçus à l'hôpital pendant ce semestre, fut beaucoup plus élevé que celui des années précédentes aux mêmes époques. Voici le chiffre de la population de cet établissement pendant ces six mois :

Fiévreux.	814
Blessés.	116
Ophthalmiques.	46
Vénériens.	200
Galeux.	105
Total.	1281
Malades restant du semestre précédent.	169
Ce qui fait un total général de.	1450.

Il en restait 143 en traitement au 31 décembre.

Le chiffre des décès fut de 23. Ces décès ont été la suite des maladies suivantes : fièvre typhoïde, 3 ; scorbut, 1 ; stomatite gangréneuse, 1 ; dyssenterie, 1 ; cholera 1; entérite chronique, 1 ; péritonite, 2 ; cancer d'un rein et de la vessie, 1 ; bronchite capillaire suite de rougeole, 1 ; pleurésie chez un convalescent de maladie grave, 1 ; phthisie pulmonaire tuberculeuse, 6 ; méningite, 2 ; abcès du cerveau, 2.

L'année 1846 a contrasté d'une manière remarquable avec les huit ou neuf dernières années, qui, pour la plupart, furent presque constamment humides et nébuleuses. Son passage a été signalé par des chaleurs prolongées et par une sécheresse, que la prédominance et la stabilité des vents du nord et de l'est rendirent souvent excessive.

Le second semestre, en particulier, a été d'une extrême sécheresse jusque dans la dernière quinzaine de novembre, et les mois d'été ont été très-chauds; le mercure du thermomètre a atteint

dans le mois d'août 26° R. Enfin, en décembre, des neiges sont tombées en grande abondance, ce qui n'était plus arrivé depuis plusieurs années.

Une constitution atmosphérique, si différente de celle des années précédentes, devait susciter dans l'économie des perturbations nouvelles, ou du moins donner naissance à des troubles morbides, qui n'avaient plus été observés depuis longtemps. C'est ce qui eut lieu en effet.

Et d'abord, les fièvres intermittentes reparurent au commencement du mois de juillet, et affluèrent bientôt en grand nombre à l'hôpital. Elles avaient été très-rares antérieurement, surtout pendant les années 1838, 1839, 1840, 1841 et 1845, qui furent extrêmement humides, nouvelle preuve que dans la contrée palustre que nous habitons, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer plusieurs fois ailleurs, ce n'est pas l'humidité, comme on ne cesse de le répéter d'après les livres, mais une température longtemps chaude et sèche qui préside à la manifestation de ces maladies.

Au moment où les fièvres d'accès régnaient avec le plus d'intensité, c'est-à-dire depuis le mois d'août jusqu'au mois d'octobre, les fièvres typhoïdes, en dépit de la loi d'antagonisme formulée par M. le docteur Boudin, parurent en assez grand nombre, tant à l'hôpital que parmi la population civile. Nous en reçûmes vingt-deux cas pendant cette épidémie en quelque sorte intercurrente. La maladie, grave dans le principe, ne présenta généralement, plus tard, qu'une moyenne intensité.

Pendant le mois de juillet, il nous arriva quelques malades offrant des désordres remarquables du système cutané, provoqués sans doute par la haute température de l'asmosphère, leur abattement était extrême; ils se plaignaient de pesanteur de tête, de douleurs lombaires; il y avait inappétence, constipation, un peu de fièvre les premiers jours, et la peau, constamment inondée de sueur, était couverte de nombreux sudamina qui envahissaient jusqu'aux membres. J'aurais appelé cette affection du nom de suette miliaire, si je ne savais combien cette dénomination a soulevé de controverses parmi les médecins. Quelques sujets se rétablirent vers la fin du premier septenaire, sous l'influence de simples moyens diététiques et hygiéniques; d'autres restèrent longtemps languissants, et il fallut recourir à des médications toniques et réparatrices.

Pendant la durée des chaleurs, le tube digestif, et spécialement sa partie inférieure, furent très-fréquemment le siége d'ulcérations quelquefois fort graves. Nous nous sommes ressentis des épidémies qui ont désolé plusieurs communes du Brabant, riveraines de

l'Escaut. Depuis le mois de mai jusqu'aux mois d'automne, les diarrhées furent très-communes, et nous observâmes six cas de dyssenterie, dont l'un eut une terminaison funeste. Plusieurs cas de choléra se manifestèrent en ville à la même époque ; il s'en présenta un à l'hôpital dans le mois d'août : le malade succomba le jour même de son entrée.

Divers états pathologiques ont décélé une tendance assez prononcée au développement de certaines altérations du fluide sanguin. Déjà un purpura febrilis mortel s'était montré vers la fin du mois de mai. Plus tard nous avons observé, chose très-rare, un cas de scorbut également mortel, d'autres cas moins graves de cette même maladie, et deux cas de gangrène de la bouche. L'un des malades atteints de stomatite gangréneuse a succombé ; la gangrène avait envahi jusqu'à la langue. L'autre a eu successivement une fièvre typhoïde grave, puis la gangrène de la bouche et enfin une dyssenterie. Il avait miraculeusement échappé aux dangers de cette terrible trilogie, lorsqu'il fut pris, pendant sa convalescence, d'une vaste pleurésie qui l'emporta en deux jours, après deux mois et demi de séjour à l'hôpital.

La rougeole a régné en ville depuis le mois de septembre ou d'octobre jusqu'à la fin de l'année. Elle a été généralement très-bénigne. Nous en avons eu six cas à l'hôpital.

Vers la fin du semestre, et particulièrement en décembre, nous reçumes un assez grand nombre de malades atteints de bronchites, de pleurésies, de pneumonies. A la même époque, beaucoup de personnes en ville furent affectées de violents coryzas, qui présentèrent cela de particulier qu'un mouvement fébrile, quelquefois très-intense, en signalait le début, et que cette maladie attaquait tour à tour ou presque simultanément toutes les personnes des maisons qu'elle avait envahies.

Pendant les mois d'automne, les fièvres intermittentes, devenues beaucoup moins fréquentes et surtout moins intenses, firent place à un certain nombre de cachexies paludéennes. C'est, en quelque sorte, le passage de l'état aigu à un état chronique dont la manifestation est favorisée par le froid, l'humidité et l'absence de plus en plus prolongée chaque jour d'une lumière vivifiante.

La plupart des cachectiques qui nous arrivèrent avaient tenu garnison pendant l'été dans les forts du bas-Escaut. Tous avaient eu une ou plusieurs atteintes de fièvre. Ils avaient le visage amaigri, pâle, un peu terreux ; la rate hypertrophiée dépassait de plusieurs travers de doigt, chez quelques-uns, le rebord des fausses côtes gauches ; d'autres avaient le visage bouffi, les extrémités inférieures infiltrées.

J'ai remarqué depuis longtemps que ce n'est pas en prodiguant tout à coup les amers, les toniques, le vin, que l'on parvient plus tôt et plus sûrement à triompher de cet état; ce mode de traitement détermine souvent, au contraire, divers accidents et le développement d'altérations organiques qui empêchent, ou tout au moins retardent la guérison. Le repos au lit d'abord, joint à l'usage d'aliments quelque peu substantiels mais légers, opèrent dans l'économie une secousse, un changement favorable à la solution de la maladie. Lorsque la rate est manifestement hypertrophiée, nous appliquons, à plusieurs reprises, des ventouses scarifiées sur la tumeur qu'elle forme au-dessous du rebord des côtes. Déjà, sous l'influence de ces seuls moyens, on la voit chaque jour diminuer de volume. Alors le sulfate de quinine, 8 à 12 grains, par exemple, donnés pendant quelques jours par prises d'un ou de deux grains, achève ordinairement d'opérer son retrait, en même temps que cette médication agit favorablement sur l'état général du malade. Si la tuméfaction splénique cesse de marcher vers sa solution, nous revenons aux applications de ventouses, et dès qu'une amélioration un peu prononcée se manifeste dans l'étal local et général, nous prescrivons une alimentation de plus en plus substantielle, des viandes roties, des bouillons, en évitant soigneusement les aliments qui surchargent et fatiguent l'estomac; quelques doses de sulfate de quinine sont encore prescrites par intervalles, et nous recommandons expressément alors les marches continues à l'air libre, dans les jardins, pour peu que le temps le permette. Nous n'avons guère vu de cachexies de l'espèce dont nous parlons résister longtemps à l'emploi de ce traitement, ainsi dirigé sans brusquerie et avec patience. Le succès était bien moins prompt toutefois lorsque les malades, longtemps confinés dans les salles par le mauvais temps, étaient privés d'un air pur et des exercices du corps, deux conditions hygiéniques d'une si grande influence dans cette circonstance.

Lorsque les malades sont infiltrés, le même régime, de petites doses de sulfate de quinine répétées pendant plusieurs jours, et la précaution d'éviter l'impression du froid, suffisent quelquefois aussi à la guérison. Mais ainsi que je l'ai déjà dit dans ces rapports, l'association de la digitale au sulfate de quinine constitue une médication dont les effets, sont beaucoup plus surs et plus prompts. Deux ou trois grains de digitale joints à quatre grains de sulfate de quinine, pris en quatre doses chaque jour, ne tardent pas à déterminer une abondante diurèse, bientôt suivie de la diminution progressive de l'infiltration. Chez la plupart des sujets soumis à cette médication, le pouls se ralentit, tombe quelquefois au-dessous

de 40 par minute, après trois ou quatre jours de son usage. Je cesse alors son emploi et j'ai recours à une potion légèrement stimulante et éthérée, qui m'a paru utile, tant pour combattre l'action trop sédative de la digitale sur le système circulatoire, que pour prolonger les effets diurétiques obtenus.

Il faut, chez ces malades, examiner d'abord avec le plus grand soin l'état de la poitrine. Fort souvent, en effet, il y a chez eux de la toux, des râles sonores dans la cavité thoracique, en un mot des signes d'une bronchite, qui est d'autant plus insidieuse qu'ils sont parfois moins prononcés et appellent moins l'attention du malade. La constitution froide de l'atmosphère a sans doute une grande part à son développement ; mais sa coexistence si fréquente avec les leucophlegmasies paludéennes porte à penser que l'état général de l'économie a une grande influence sur sa production. Il faut, avant de récourir aux préparations de quinine, faire disparaître entièrement l'irritation des bronches. J'ai vu des désordres graves s'établir peu à peu dans les poumons, à la suite de l'emploi de ce sel dans des cas où la bronchite avait été méconnue.

Chez quelques sujets faibles, à la constitution desquels un sang appauvri avait imprimé les caractères de l'anémie ou de la chlorose, nous avons substitué, à la fin du traitement, les ferrugineux au sulfate de quinine. Dans ce cas, les pilules martiales, suivant la formule de M. Blaud, nous ont paru utiles.

HISTOIRE DE LA SYPHILIS DANS L'ANTIQUITÉ ;

Par le docteur ROSENBAUM.

(Traduit de l'allemand, par J. Santlus, ex-médecin militaire, et revu par M. V. Latteux.)

(Suite : *voir le n° de décembre* 1846, p. 213.)

§ 28.

Du climat.

Après avoir expliqué les différents emplois que faisaient les anciens des organes génitaux, on se demandera naturellement quelle influence ces organes ont subie dans ces actes divers. Il serait difficile de persuader qu'ils se soient conservés dans un état d'intégrité, tandis que les parties, que l'on a substituées à l'un ou à l'autre de ces organes, étaient exposées à diverses affections et ont souvent même chèrement payé les abus, comme nous l'avons vu dans les maladies du pathicus, du fellator et du cunnilingus. Si

l'on accordait aussi que la bouche et l'anus, par leur emploi contre nature, étaient plus en danger que le pénis destiné aux frictions, il n'est pas encore prouvé pour cela que celui-ci se serait préservé d'accidents. Cette immunité du reste a déjà été suffisamment réfutée par les passages cités dans le paragraphe, où nous traitions de la pédérastie : abstraction faite même du grand nombre de cas d'affections génitales dont les anciens médecins et laïques nous ont conservé l'histoire, nous en connaissons déjà quelques-unes qui certes ne peuvent pas être attribuées à la pédérastie seule. Nous devrons donc chercher encore d'autres sources, qui, en partie indépendantes de l'emploi des organes sexuels, sont plutôt des causes disposantes, que des causes occasionnelles, et qui exercent de l'influence sur l'état normal des parties sexuelles; car il nous paraît impossible d'attribuer la maladie tout simplement à l'usage ou à l'abus des organes génitaux, quoique les anciens aient regardé les affections génitales, en partie, comme la conséquence immédiate de l'*illicita Venus*, et pour ainsi dire, comme une vengeance de la nature. Outre les fonctions qui ont lieu dans l'intérêt de l'organisme et de la conservation de l'espèce, les organes sexuels, comme tous les autres organes du corps humain, montrent encore, vu leur intégrité et leur vie propre, les phénomènes d'une action indépendante, qui, suivant les lieux et les temps divers, doivent varier plus ou moins; l'organisme en général en donne déjà la preuve. Cette différence selon les lieux trouve principalement sa cause dans le climat; nous aurons donc tout d'abord à répondre à la question : *Quelle influence le climat a-t-il exercée dans l'antiquité sur les fonctions génitales, en général et en particulier, et jusqu'à quel point pourra-t-on en tirer un élément qui favorise la production des affections génitales?* Quoique nous ne possédions jusqu'à présent que des documents rares pour nous éclairer, ils suffisent cependant pour nous donner une idée générale, surtout, si nous joignons ces documents aux données; ce qui, d'ailleurs, ne peut se faire qu'avec précaution, parce que les anciens vantaient quelquefois la salubrité climatique d'un pays, dans lequel on reconnaît aujourd'hui le vice contraire. Les documents qui sont à notre disposition, ne se rapportant qu'à l'Asie, surtout à la Syrie, à la Palestine et à l'Asie-Mineure, à l'Egypte, à la Grèce et à l'Italie, ne nous permettent de parler pour le moment que du climat de ces contrées. Quant à *l'influence du climat sur les fonctions des organes sexuels en général*, nous lisons déjà dans *Hippocrate* (1) lorsqu'il parle du climat de l'Asie : « Mais la *Hédoné* doit dominer (chez eux); c'est pourquoi on trouve aussi tant de variétés parmi les

(1) *De Aere, aq. et loc.*, édit. Kühn, Vol. I, p. 549.

animaux de la même classe; et il me paraît en être ainsi chez les Egyptiens et les Lydiens. » (Il ne faudra pas démontrer que *Hêdonê* n'a d'autre signification que celle de *plaisir sexuel.*) On remarque en effet encore aujourd'hui dans les climats chauds, que toute la vie végétative a un caractère d'exubérance et que la nature ne paraît avoir pour but que la réproduction, sans égard à la destruction de la vie individuelle. L'homme cède à cette impulsion générale de l'espèce; mais cela ne pouvant se faire qu'aux dépens de l'existence individuelle, on le voit souvent, semblable à un arbre surchargé de fleurs, ne point produire de fruits. De même que l'arbre planté dans un sol exubérant, le fils du midi mûrit rapidement aux fonctions sexuelles, mais il est aussi promptement forcé d'y renoncer. La fantaisie de la jeunesse se maintient dans son activité primitive; mais le corps faiblit, et aiguillonné par la volupté jointe encore à l'usage des moyens aphrodisiaques, il finit par devoir se comporter passivement, et par réclamer pour la jouissance des organes tous les moyens, auxquels la fantaisie affaiblie enfin elle-même et malade est obligée de recourir au-dehors. Les recherches faites jusqu'ici l'ont prouvé suffisamment. Nous savons que l'Asie était la patrie de la volupté et de ses variétés, lesquelles de là se sont répandues dans les pays voisins, où l'on a bien pu raffiner les rhythmes de la *Venus ebria*, mais non les augmenter. Babylone, la Syrie et l'Egypte furent le berceau de l'impudicité, et elles n'eurent de rivale digne d'elles que Rome. La Grèce, sous son ciel d'azur, ne pouvait avoir que des habitants également formés par le corps et par l'esprit, et ce n'est qu'un Grec qui a pu poser et prouver cette maxime: qu'une belle âme doit habiter dans un beau corps. Une volupté effrénée n'a jamais pu dominer ce peuple, quelque bas qu'il ait pu tomber par suite de la perte de sa liberté, et sous l'influence étrangère; la volupté y était excitée artificiellement, mais n'y était point secondée par le climat. A Rome même, quelque impérieux que ce vice s'y soit montré, il n'y existait que comme un étranger, auquel les trésors des autres ont frayé le chemin; et pourtant le climat de l'Italie a déjà plus de rapport que le climat de la Grèce avec celui de l'Asie. La polygamie, comme la volupté en général, à laquelle elle doit, du moins en partie, son existence, était également un effet du climat de l'Asie: mais nous n'oserions pas encore décider jusqu'à quel point elle a contribué au développement de la maladie vénérienne. Nous attendrons pour cela les résultats que nous fourniront des recherches ultérieures. Il en est à peu près de même de la polyandrie proprement dite, si nous la considérons comme une forme de mariage; car autrement elle se confond tout-à-fait avec l'impudi-

cité, parceque toute femme, qui vend son corps aux plaisirs, vit en polyandrie, comme les chevaliers de Vénus vivent en polygamie. Mais dans ces circonstances, les organes sexuels, quoique d'ailleurs en état de parfaite santé, peuvent éprouver certaines affections. Quel est le médecin de quelque expérience qui oserait en douter? Du reste les essais, faits sur des animaux, l'ont déjà prouvé suffisamment (1). Cependant ces indications, car nous ne voulons pas qu'on les prenne pour rien de plus, parce qu'un exposé plus détaillé nous conduirait pour le moment trop loin, ces indications, disons-nous suffiront pour rappeler à nos lecteurs l'influence du climat sur les fonctions sexuelles, et cela d'autant plus que nous en avons donné assez de preuves plus haut.

§. 29.

Une chose beaucoup plus importante pour le moment, c'est de savoir *quelle influence le climat exerce sur l'activité individuelle des organes sexuels?* C'est ici encore l'Asie et l'Egypte qui fixeront nos regards. Les rayons brûlants du soleil, auxquels ces pays et leurs habitants sont exposés, augmentent la fonction de la peau; et les sécrétions des surfaces muqueuses sont sensiblement diminuées : mais le produit de ces dernières est plus saturé, et une certaine âcreté ou propriété corrosive se forme facilement, après s'être déjà manifestée par une odeur spécifique. Cette influence doit se faire sentir particulièrement sur la muqueuse du vagin où la sécrétion, si elle n'était pas enlevée assez souvent, prendrait facilement ce caractère d'âcreté (2), qui corroderait (3) tout ce qui serait en contact avec elle. Le temps qui précède et celui qui suit l'apparition des règles étant favorable à l'augmentation de cette sécrétion muqueuse, le sang menstruel se mêle avec cette mucosité dégénérée et prend de cette manière une propriété âcre et de mauvaise odeur. (4) De là aussi la mauvaise réputation du

(1) Voyez Simon Zeller von Zellerberg *Abhandlung über die ersten Erscheinungen venerischer Lokal-Krankheitsformen und deren Behandlung*, 1ste Abth. Avec 6 gravures. Wien, 1820, gr. in-8°, p. 11-18.

(2) Al. Donné, *Recherches microscopiques sur la nature des mucus et la matière des divers écoulements des organes génito-urinaires chez l'homme et chez la femme.* Paris 1837. — D'après cet auteur, le mucus normal sécrété par le vagin réagirait *toujours comme un acide.*

(3) J. P. Schotte, *D'une fièvre putride atrabilaire et contagieuse qui régnait au Sénégal en* 1778, Traduit de l'anglais en allemand. Stendal, 1785, in-8°; page 103. D'après l'auteur, les hommes et les femmes gagneraient au Sénégal, sans contagion syphilitique, des ulcères au gland ou à la surface interne du prépuce, ou à la partie interne des nymphes.

(4) En effet, dans une température élevée, lorsque les excrétions de la peau,

sang menstruel, depuis les temps les plus reculés, surtout dans les pays chauds ; car il est certain que la qualité purulente qu'on lui attribue est due au mélange avec le mucus du vagin. L'eau de mer et l'eau douce, prises chacune séparément, ne nuisent aucunement à la santé, mais si on les réunit pour former l'eau croupissante, la santé se ressent, même de leur évaporation. Il se produit quelque chose d'analogue chez les organes génitaux de l'homme. La surface du gland, plus rapprochée de la peau extérieure, est douée d'une plus forte sécrétion des glandes sébacées (1) ; cette sécrétion, lorsqu'elle séjourne quelque temps entre le prépuce et le gland (2), prend également un caractère d'âcreté, et, en réagissant sur ces parties, elle détermine l'inflammation des glandes sébacées. *Niebuhr* dit : « Le médecin anglais de Haleb (Russel) assure qu'il s'accumule plus d'humeur sous le gland dans les pays chauds que dans les pays froids ; et un de ses amis, qui dans ces pays chauds n'employait que les moyens de propreté usités en Europe, eut sous le

des glandes sébacées, des cryptes du vagin, augmentent en abondance et en fétidité, il n'est pas étonnant que le sang menstruel, pour peu qu'il séjourne dans ces parties voisines de l'anus, lesquelles sont dans un état d'orgasme, acquière bientôt de l'odeur. Virey, *De la femme*, 2° édit. Bruxelles 1826. p. 70. Voilà pourquoi Haller dit (*Elem. physiolog.* Vol. VII, t. II. p. 146) : *Ex Asia videtur opinio de menstrui sanguinis fœtida et venenata natura ad nos pervenisse*, et per medicos potissimum Arabes ad Europæos transiisse. In calidissimis certe regionibus, si ad æstuosum aërem immundities accesserit, non repugnat sanguinem, in loco calente, in vicinia fæcum alvinarum retentum, acrem fieri et fœtire. — *Lentorem aliquem possit mucus admistus addidisse.* Nous trouvons réuni en partie dans Schurig. (*Parthenologia* 227-240) ce que nos ancêtres ont dit depuis Pline (*Hist. nat.* VII, 15; XIX, 10; XXVIII, 7) de la nocuité du sang menstruel. *Voyez* Frank de Frankenau, *Satyræ medicæ* page 89. — Hensler, *Geschichte der Lustseuche*, Vol. I, pag. 204 et suiv. Il y est prouvé aussi qu'un grand nombre d'écrivains sur la syphilis au commencement du xve siècle attribuent la production de la maladie vénérienne au coït avec des femmes menstruées. — Pierer, *Anat. phys.* Realwœrterbuch, vol, V, p. 161-165.

(1) Burdach, *Die Physiolog. als Erfahrungswissenschaft.* 2e éd. vol. I, p. 196. — Boerhaeve, *Tract. de lue venerea.* Venet. 1753. Il dit p. 6 : In Asia ad partes genitales sub præputio naturaliter sordes colliguntur, quæ acres redditæ generant multa mala, quæ præcipue ad luem veneream accedere proxime videntur; non vere sunt lues venerea ; imo nostri nautæ hoc etiam experiuntur, dum in illis terris degunt, nam nisi quotidie præputium eluerent aqua salsa et aceto, vel similibus remediis, brevi eodem morbo laborarent.

(2) Thevenot, *Reise.* Il dit vol. I, p. 58 : » Die Araber haben in Wahrheit das Præputium so lang, dass, wo es ihnen nicht beschnitten würde, sie davon viel Ungelegenheit haben sollten, und man siehet bei ihnen kleine Kinder, denen es sehr lang herabhængt ; über das, wenn sie ihre Vorhaut nicht beschnitten, würden ihnen nach dem Harnen jederzeit etliche Tropfen zurückbleiben, die sie verunreinigten. »

(3) *Beschreibung von Arabien.* Kopenhagen. 1772, in-4° p. 77.

gland une espèce de pustule, qu'il n'aurait sans doute pas eue à craindre, s'il avait été circoncis. Depuis, il lavait cette partie du corps très-souvent, et il n'a plus rien éprouvé de semblable. L'ablution du corps entier et surtout des parties secrètes est donc nécessaire dans les pays chauds, et c'est peut-être pour cela que les législateurs du peuple juif, des Mahométans, des Guèbres, des payens dans les Indes, ont ordonné ce moyen de propreté. » Flavius Joseph est d'accord avec ce récit (1) quand il dit de l'Egyptien *Apion :* « Apion me paraît avoir reçu ainsi une punition bien méritée pour avoir méprisé les lois de sa patrie; car il a été obligé de subir la circoncision, parce qu'il s'était formé à ses parties (au gland) une ulcération, et comme la circoncision resta sans bon résultat, et qu'il se déclara plutôt de la putréfaction, il mourut dans des douleurs atroces. » Ce qui précède jettera aussi du jour sur le passage suivant de Philon (2) : « Il était donc plus convenable de mépriser les dérisions enfantines, et de chercher, d'une manière raisonnable et sérieuse, les causes, qui ont provoqué cet usage (la circoncision), que d'accuser d'avance de légèreté des nations entières. De cette manère il ne paraîtra pas probable à l'homme raisonnable, que dans chaque siècle des milliers d'individus se seraient soumis à la circoncision, et auraient enduré des douleurs atroces pour mutiler leurs corps et ceux de leurs parents. Mais nous aurions même beaucoup de raisons de maintenir et de suivre l'usage des anciens. Les principales sont les suivantes : d'abord, la préservation d'une maladie grave et d'un mal difficile à guérir, qu'on appelle *Anthrax*, dénomination qui, à ce que je pense, est tirée du feu qui paraîtrait brûler dans l'intérieur (*apo tou kaiein entyphomenon*) ; cette affection se produit facilement chez ceux qui ont leur prépuce en entier ; ensuite la propreté du corps entier, laquelle est indispensable aux prêtres. C'est pour cette raison que ces derniers enlèvent avec le plus grand soin tous les poils de leur corps, car sous ces poils,

(1) *Contra Apionem*. Lib. II, c. 13 : hothen eikotôs moi dokei tês eis tous patrious autou nomous blasphêmias dounai dikên Apiôn tên prepousan ; perietmêthê gar ex anagkês *helkôseôs autô peri aidoion genomenês ;* kai mêden ôphelêtheis hypo tês peritomês, alla sêpomenos en deinais odynais apethanen. Il résulte du sens entier de la phrase qu'on doit entendre ici par *peri aidoion*, le gland ou du moins le prépuce.

(2) *De circumcisione*. Opp. ed. Th. Mangey. Vol. II, p. 211 : Hen men, chalepês nosou kai dysiatou pathous apallagên, hên *anthraka* kalousin, apo tou kaiein entyphomenon, hôs oimai, tautês tês prosêgorias tychontos, hêtis ou kalôteron tois tas akroposthias echousin eggineto : deuteron, tên di' holou tou sômatos katharotêta pros to harmottein taxei hierômenê. Par' ho kai xyrônto ta sômata prosy perballontes hoi en Aigyptô tôn hierôn ; hyposyllegeto gar kai hypostellei kai thrixi kai prosthiais enia tôn opheilontôn kathairesthai.

comme sous le prépuce, il s'amasse quelque chose qui doit être ôté. » Il résulte de la comparaison du passage de *Niebuhr* avec celui de Philon, que l'anthrax dont il y est question n'était nullement en lui-même d'origine syphilitique, comme l'ont pensé quelques-uns, mais nous y voyons une disposition des glandes sébacées du gland à entrer en ulcération. Cette disposition peut être diminuée à un certain point par la circoncision et par des soins continuels de propreté, mais elle ne peut pas être entièrement détruite, parce qu'elle trouve sa raison dans des influences climatiques qu'on ne peut pas éloigner. Une fois que le mucus corrosif de la femme, surtout mêlé avec le sang menstruel (1) qui se décompose si facilement, a produit sur la membrane muqueuse des corrosions et des ulcères, il s'établit alors un mélange plus mauvais encore de mucus et de pus. Si, dans ces circonstances, le gland de l'homme, dont les glandes sébacées ont la même disposition à s'ulcérer, pénètre pendant l'acte du coït dans le vagin, il n'est pas étonnant que ce mucus dégénéré, en pénétrant dans l'urèthre, occasionne une blennorhée ou des ulcères sur le gland (2), surtout quand on considère que le coït met les organes dans une plus grande activité qu'à l'ordinaire et les rend plus susceptibles de recevoir les influences extérieures et nuisibles. Cette communication peut avoir lieu d'au-

(1) Cette décomposition n'a lieu que lorsque le sang séjourne pendant quelque temps dans le vagin, et qu'il est exposé plus ou moins à l'influence de l'air atmosphérique; car dans le sang menstruel normal, il ne s'opère point de décomposition, il ne s'y forme point d'âcreté sans influence extérieure, comme John Stedman (*physiolog. Versuche und Beobachtungen*, traduit de l'anglais Leipz. 1777, in-8° p. 50-54) l'a soutenu autrefois. Il est cependant probable que c'est moins cette espèce de pourriture, que la *propriété acide* du sang menstruel, qui mêlé avec le mucus acide, entre dans le vagin même dans une espèce de fermentation acétique dont le produit est corrosif. Retzius a trouvé dans ces derniers temps que le sang menstruel ne réagit pas seulement comme un acide, mais il a prouvé aussi, qu'il contient de l'acide phosphorique libre et de l'acide lactique. — Voyez *Arsberättelse om Svenska Läkare Sällskapets Arbeten*. 1835, p. 19-21. — Froriep *Notiz*. Vol, 49, p. 237.

(2) Voilà la raison pour laquelle Hugo Grotius écrit dans *Commentar. ad Mosis* lib. III, c. 15 : Sciendum est autem in Syria et locis vicinis non minus *tên gonorrhoian* quam *ta emmênia* habere aliquid contagione nocens. Astruc aussi, le défenseur zélé de l'origine américaine, dit (Vol. I, p. 92) : Sane constat in hac nostra Europa, quæ magis temperata est, si cum menstruatis res habeatur, balanum et præputium leviori phlogosi aut superficiariis pustulis, qnæ tamen brevi cessant, *plerumque* affici. Quanto graviora ergo iis impendere credendum est, quos in calidiore et æstuante climate misceri cum fœminis non pudet, dum illis menses actu fluunt natura acerrimi et quasi virosi. Ideo forsan factum est, ut medici Arabes, qui regiones calidiores incolebant, quam Græci et Latini, et primi et sæpe disseruerint de pustulis et ulceribus virgæ, oriundis ex coitu cum fœda muliere, hoc est (?), cum muliere menstruata. *Voyez* Fr. Eagle and Judd. dans la *Syphilidologie* de Behrend, vol. I, p. 117 et 285.

tant plus facilement que la surface de la muqueuse malade sécrète une plus grande quantité de mucus qui lui même reçoit peut-être, par l'influence du système nerveux (comme la salive dans la colère), une décomposition chimico-vitale et contagieuse. Si la femme est en outre menstruée à l'époque du coït, l'excitation devra être plus grande encore, ainsi que le danger. Nous pouvons de cette manière nous expliquer pourquoi les ulcères qui se communiquaient aux organes sexuels de l'homme, prenaient, en Asie, si facilement un caractère putride, et comprendre que les anciens ont eu assez de raisons de donner à ce mal le nom d'*Anthrax*. Car, l'anthrax résultait également du coït; et on le voit déjà dans un passage que *Simons* et *Hensler* tirent de l'évêque Palladius (1), qui dit que le

(1) *Lausiaca historia*, c. 39, in *Magna bibliotheca veterum patrum*. t. XIII, Paris 1644; in-fol. p. 950. Houtôs de gastrimargôn kai oinophlygôn enepesen kai eis ton borbyron tês gynaikeiês epithymias; kai hôs eskepteto hamartêsai *mimadi tini prosomilôn synechôs ta pros to helkos heautou dielegeto, toutôn houtôs hyp' autou diapraltomenôn, gegonen autô kata tina oikonomian anthrax kata tês balanou; kai epi tosouton enosêsen hexaméni aion chronon, hôs katasapênai autou ta moria kai automatôs apopesein;* hysteron de hygianas kai epanelthôn aneu toutôn tôn melôn, kai eis phronêma theïkon elthôn kai eis mnêmên tês ouraniou politeias, kai exomologêsamenos panta ta symbebêkota autô tois hagiois patrasin, energêsai mê phthasas ekoimêthê meta oligas hêmeras. Il faudra probablement lire *kata thinan* ou *theian oikonomian* pour *kai tina oik.*, parce que cette combinaison se trouve plusieurs fois dans Placidius et dans ce chapitre même, quelques lignes plus haut; on le traduirait alors par : *selon la décision divine;* mais nous ne comprenons pas du tout les mots *ta pros to helkos heautou dielegeto.* Hervetius traduit ce passage ainsi : Incidit in cœnum femineæ cupiditatis et cum peccare constituisset cum quadam mima assidue colloquutus, *ulcus suum aperuit.* Déjà la *gynaikeia epithymia* est douteuse puisqu'elle désigne quelque chose qui n'est point propre à l'homme, et lorsqu'on la compare avec *gynaikeia nousos* de Dio Chrysostome (p. 202), on devrait penser à l'impudicité du Pathicus; il est cependant impossible que Héron puisse avoir pratiqué avec une *mima* cette impudicité qui n'aurait pu lui laisser un anthrax au gland. Le chapitre 35 nous apprend d'ailleurs que Palladius entend par plaisir, le désir d'exercer le coït avec des femmes. Il y est dit de l'abbé Elias qu'il fonda un couvent de femmes et qu'il fut enflammé d'un désir violent de jouir des nonnes, mais il s'adressa à son dieu et le pria : *apokteinon me, hina mê idô autas thlibomenas, ê to pathos mou labe, hina autôn phrontizô kata logon.* Après quoi il s'est endormi, et les anges l'ont châtré. En s'éveillant il avait encore ses organes sexuels; mais il assura : hoti ouketi anebê eis tên kardian mou *pathos gynaikos epithymias.* — Mais que signifie le *ta pros to helkos?*

Quoique nous ayons en vain cherché des passages analogues, nous sommes cependant tenté de prendre celui ci pour *organes sexuels;* mais dans ce cas il ne se rappporterait qu'aux organes sexuels de la femme ou à l'anus, car ceux-ci présentent une solution de continuité (*helkos*); ou bien il faudrait regarder le sperme presque pour du pus, et appeler les organes de l'homme *helkos* parce qu'ils sécrètent ce dernier; car autrement on ne comprendrait pas *heautou.* Nous n'avons pas plus de certitude sur *dielegeto*; personne ne pensera ici à une

démon avait conduit un certain Héron à Alexandrie où il fréquentait le théâtre, les courses de chevaux et les mauvais cabarets. « De cette manière, devenu débauché et ivrogne, il *tomba dans la fange de l'impudicité;* et, lorsqu'il eut la pensée de pécher, *il entra en relation avec une comédienne* (*et lui dénoua la ceinture*). *Après qu'il eut accompli cet acte, il se déclara par la volonté divine un anthrax sur son gland, et il en fut si malade, pendant six mois, que ses parties pourrirent et tombèrent-même.* Guéri ensuite, quoique privé de ses organes, il revint à la connaissance de dieu et pensa au ciel; quelques jours après avoir raconté aux pieux pères tout ce qui lui était arrivé, il mourut avant que les effets (de sa guérison) se fussent manifestés. » Malgré les difficultés que présentent quelques mots du texte, il est néanmoins clair et hors de doute qu'*Héron avait gagné l'anthrax en exerçant le coït avec une actrice*, et les considérations que Palladius y rattache ne peuvent pas amoindrir le fait. Déjà Hensler (Geschichte der Lustseuche I, p. 317 et seq.) a refuté les observations présentées contre la force probante de ce passage. En mettant en parallèle avec ce fait ceux qui sont tirés du commencement du XV siècle par Becket, il dit avec raison: « Quelles preuves veut-on avoir, si celles-ci ne comptent pas? » — Aurait-on peut-être donné aux organes sexuels de la femme les noms d'*eschara* et d'*anthrax*, parce qu'ils les communiquaient? Il n'est d'ailleurs pas sans intérêt de constater qu'encore aujourd'hui l'anthrax et les chancres sont regardés, dans les Indes, comme identiques; et les Cabirajas ou médecins indiens désignent (suivant

conversation. Suidas et Hesychius expliquent *dialegesthai* par *synousiozein*. Pollux *Onom.* V. 93, peri mixeôs zôon, dit: *dialechthênai*. — oud' hê dialexis, alla dieilechthên autê kai dieilegmenos eimi hôs Hyperidês. II, 125.

Hyperidês de dieilegmenos, ep' aphrodisiôn. Aristophanês de dialexasthai ephê. *Voyez* Küster et Brunk *Ad Aristophan.*, Plut. 1083. Mœris p. 131. Abresch lect. *Aristænet.* p. 50. La signification « *exercer le coït* » est déjà dans le mot *prosomilôn*, et *dialegesthai* doit par conséquent avoir une signification plus spéciale. Le scoliaste d'Aristophane, *ad Lysistrat.* 720, explique *dialegousin* par *dioryttousi, perforer;* nous devrions donc prendre *dialegomai* dans la voix moyenne et lire ensuite: *ta pros to helkos autês dielegeto*, et *ta pros helkos* se rapporterait alors à la *mima* et son hymen (ou *Fibula?*) de même que le *peri to aidoion* dans le passage de Josèphe signifiait le *prépuce*. Si nous voulions conserver *heautou*, nous serions obligé de prendre *dialegomai* dans la signification de *kathairein, purifier* (Hesychius dit *dialegein : anakathairein*), et puis, il faudrait intercaler *ouk; il ne se nettoyait pas les organes sexuels.* En se tenant à la signification de *séparer*, on pourrait encore comprendre la phrase ainsi: Héron s'est déchiré le prépuce; il serait cependant difficile de justifier le mot *helkos* pour désigner les organes de l'homme; pour désigner ceux de la femme, on trouverait une analogie dans le mot *eschara*, que l'on rencontre dans Aristoph. *Equit.* 1296. Eustath. *ad Odyss.* p. 1323 : *dêlon d' hoti escharan kai to gynaikeion ekaloun morion.*

William Jones : Asiatic Researches vol. II.) ces deux affections par le nom de *Nar Farsi* ou *Ateshi Farsi* (Ignis persicus). Si l'on considère maintenant les soins excessifs que les juifs prenaient pour la multiplication de leur race, la facilité qu'ont les ulcères, dans les pays chauds, d'entrer en gangrène, comme le prouvent les exemples d'Apion et de Héron, et partant la facilité de la destruction des organes reproducteurs, on sera moins surpris de trouver dans les lois de Moïse (1) : « Si un homme couche avec une femme pendant qu'elle a ses régles, et qu'il lui découvre les organes de la pudeur, en même temps qu'elle lui découvre la fontaine de son sang, tous deux devront mourir. » De grands dangers devaient donc se rattacher à ce coït, et on devait en avoir fait de tristes expériences pour qu'un législateur fût obligé d'infliger la peine de mort à celui qui aurait couché avec une femme menstruée, quoiqu'il eût déjà déclaré impures ces femmes, comme aussi tout ce qu'elles touchaient. Il faut croire aussi que le commerce avec les femmes menstruées n'était pas une chose rare chez les juifs, puisqu'il fallait une peine aussi grave pour les en empêcher, et nous ne devons pas nous étonner alors que les livres saints, plustôt peut-être que ceux d'aucun autre peuple, aient clairement parlé des maladies que les organes sexuels contractaient dans le coït. Nous avons déjà parlé aux §§ 8 et 9 de la maladie qui résultait du culte de Baal Peor; de même ce sont les livres de Moïse qui contiennent les premières traces de la connaissance de la *gonorrhée*. Tout cela n'est plus contesté depuis longtemps (2). Si le climat exerçait une

(1) Lib. III, c. 20 v. 18. Il est vrai que Maimonides dit d'après Selden *Uxor hebraica*. (Francf. 1673, in-4° p. 133) : At vero si esset mensibus immunda tametsi deducta fuerit, *etiam et coitus sit secutus*, nuptiæ non perficiebantur, — mais cela arrivait ici par ignorance. Festus explique le mot *imbubinare* par *menstruo mulierum sanguine inquinare*, ce qui pourrait faire supposer qu'on aurait vu naître des bubons du commerce avec des femmes menstruées. Hippocrate, *De natura pueri*, édit. Kühn, I. p. 390, les fait venir de femmes dont les règles sont arrêtées.

(2) Moïse, lib. III, c. 15. Celui qui lira ce chapitre, que l'espace ne nous permet pas de reproduire ici, verra qu'on y parle d'un écoulement morbide des organes sexuels (*basar*), dont la durée est incertaine. C'est pourquoi ceux qui en étaient affectés étaient encore impurs sept jours après la cessation de l'écoulement, tandis que celui, qui n'était affecté que de pollutions nocturnes (vers. 16) n'était impur que jusqu'au soir. Les septante ont traduit ce flux par *rhysis*, et l'individu affecté par « *ho gonorrhyês*, » tandis qu'ils disent des pollutions : hôs can ex elthê exautou koitê *spermatos*. Astruc et d'autres ont voulu chercher dans la lèpre la cause de l'écoulement des organes sexuels, mais alors on aurait dû remarquer déjà la lèpre avec le flux, et celui-ci ne serait dès-lors qu'un symptôme, qui n'aurait pas exigé de moyen de purification particulier, puisque celui qu'on aurait pratiqué contre la lèpre aurait eu son efficacité.

La même chose aurait dû avoir lieu si l'on avait regardé l'écoulement comme

telle influence sur les indigènes, combien grande ne devait-elle pas être sur les étrangers, chez lesquels les principes d'une maladie endémique d'un pays agissent avec plus d'énergie, comme on sait! et cela devait être bien plus sensible encore dans l'antiquité, où les peuples se conservaient plus purs de mélange. Cette circonstance n'a pas été assez considérée par les pathologues, et elle n'est pourtant pas sans importance pour l'origine de la syphilis, sans qu'on doive avoir recours pour cela à l'origine américaine (1). Ce principe endémique, si nous ne nous trompons pas, jouait également son rôle dans le mal de Baal Peor. Ce qui est dit des juifs, est aussi applicable aux autres peuples de l'Asie et de l'Egypte, et même à un degré supérieur, parcequ'ils étaient, comme nous avons vu, beaucoup plus adonnés à la volupté des sens. Cependant il y avait sans doute alors, comme aujourd'hui, des différences, et il est probable qu'il y eut des contrées dans l'antiquité, dont le climat a même pu être un obstacle à ces affections, et où, malgré les débauches, les organes sexuels ne furent frappés que rarement. Nous attendons les preuves de ceci de recherches ultérieures, vu que nous devons d'abord posséder une Nosologie de la maladie vénérienne du temps actuel, si nous voulons chercher à utiliser les matériaux que nous trouvons dans l'antiquité. Quoique *Schnurrer* ait déjà un grand mérite pour ce qu'il a réuni dans sa nosographie, tout cela est cependant encore trop incomplet pour qu'on puisse en

le premier symptôme de la lèpre, car le prêtre aurait été obligé alors de renfermer et de visiter le malade, pour s'assurer de l'existence des autres symptômes de cette maladie. Cependant, il ne se trouve rien de tout cela dans Moïse, qui distingue clairement le flux de la lèpre, de même que l'auteur du IIe livre de Samuel. Au surplus, aucun autre écrivain ne fait mention de l'écoulement, comme symptôme constant ou fréquent de la lèpre; Schilling nie même complétement son existence. Voyez Hensler *vom abendlaendischen Aussatze*, p. 130. 396.

(1) Astruc *De morbis veneris* p. 93. Quid igitur mirum varia, heterogenea, acria multorum virorum semina (et nous y ajoutons *smegmata*) una confusa, cum acerrimo et virulento menstruo sanguine mixta, intra uterum æstuantem et olidum spurissimarum mulierum coercita, mora, heterogeneïtate, calore loci brevi computruisse ac prima morbi venerei semina constituisse, quæ in alios, si qui forsan continentiores erant, contagione dimanavere? — Cum ergo in omnibus terræ locis, *ubi lues venerea antiquitus endemia fuisse videtur*, eumdem aeris fervorem cum pari incolarum impudicitia conjunctum fuisse manifestum sit, haud inanis inde locus est colligendi morbum natura eumdem, quo regiones longissime dissitæ, et inter quas nulla fuit commercii communio, simili modo infestabantur, a simili causarum earumdem concursu, in quo tantum convenirent, generatum olim fuisse et *generari etiamnum*, si indigenæ iisdem moribus vivant. Wizmann (p. 232) pense aussi que la syphilis se produit encore aujourd'hui spontanément dans la Turquie, dans les conditions indiquées. L'opinion d'Eagle et de Judd est analogue à celle-ci.

tirer des conclusions; d'ailleurs, toutes les pièces citées ne sont que des communications de gens étrangers à l'art de guérir. Nous avons vu que le climat de la Grèce n'a pu exercer une influence excitante sur les fonctions des organes sexuels; on n'y trouve pas plus de raison de croire que ce climat ait pu rehausser l'activité individuelle de ces organes. En général, la Grèce, par le mélange si heureux des saisons (1), jouissait de tous les avantages des zônes chaudes, sans en ressentir les inconvénients; il résultait de là que toutes les fonctions se trouvaient dans un équilibre soutenu chez les habitants de ce pays, de sorte que le climat n'a pu favoriser directement la production d'affections génitales; il suit que toutes les mesures de précautions, telles que l'Asie les exigeait, devinrent inutiles. Quoique le climat de l'Italie ne puisse pas soutenir la comparaison avec celui de la Grèce, il ne peut cependant pas être considéré comme un pays qui aurait précisément favorisé ces affections. On peut de là expliquer en partie pourquoi les médecins de la Grèce et de Rome nous donnent si peu de renseignements sur les maladies en question. Nous verrons, du reste, qu'il y avait encore d'autres circonstances qui exerçaient de l'influence sur ces maladies.

§. 30.

Si le climat, comme nous avons vu, est déjà en lui-même un élément favorable à la production des affections génitales, son influence sera encore bien plus grande si le mal existe, et la question *de l'influence qu'exerçait le climat sur la forme et sur la marche des affections génitales*, est de la plus haute importance pour l'histoire de la maladie vénérienne. La juste appréciation de la formation de cette maladie dans l'antiquité dépend principalement de la solution de cette question. Il est vrai qu'elle présuppose l'existence des affections génitales, et par conséquent elle ne devrait être posée qu'après que nous aurons terminé nos recherches. Mais nous croyons avoir déjà assez produit de faits dans ce qui précède, pour que le lecteur attentif n'ait plus de doute à cet égard. Il nous paraît d'ailleurs plus convenable d'étudier l'influence du climat dans son ensemble, que de reprendre ces recherches à plusieurs endroits différents, et de morceler ainsi plus ou moins notre travail.

(1) Hérodote, lib. III, c. 106. Hê Hellas tas hôras pollonti kallista kekramenas elache. *Voy.* Dahlmann. Hérodote, p. 90. et seq. Platon loue également l'*eukrasia tôn hôrôn* de l'Hellas, *Voy.* Tim. 24, Critias 111, Epinom. 987; et Aristophane dit dans *Athenœus Diepnos.* IX. p. 372 (fragment de ses heures d'Attique) :

hôst' ouk et' oudeis oid' hopênika esti touniautou.

Le caractère de toute organisation, sous l'influence des climats méridionaux, c'est la prédominance de la vie végétative avec un certain degré de relâchement. Ce caractère doit donc se manifester aussi dans la membrane muqueuse des organes sexuels, lorsqu'une excitation anormale agit sur elle; les réactions ne partiront pas précisément du système artériel pour se déclarer sous la forme d'inflammations sthéniques : elles se montreront plutôt sous forme d'une sécrétion augmentée, dont l'effet est d'éloigner l'excitation anormale. L'écoulement muqueux se déclare ainsi comme une blennorrhagie simple, catarrhale, qui, lorsque l'atmophère n'est pas chargée d'humidité, se guérira très-facilement par des soins de propreté; car la résorption sur les membranes muqueuses, prédominant dans les climats chauds, reprend bientôt le dessus, et elle y est aidée par une plus grande fonction de la peau extérieure dont la surface est beaucoup plus étendue que celle des organes sexuels. Dans le cas où l'atmosphère est humide, l'activité, de même que la résorption dans l'intérieur, est moindre; l'écoulement muqueux prend alors plutôt un caractère chronique, et manque encore plus de la réaction inflammatoire. Toutes les observations modernes sont d'accord pour prouver que les formes de gonorrhée sont plus fréquentes dans les pays méridionaux et que leur marche y est, en général, si peu inquiétante, que le secours de l'art n'est presque jamais nécessaire. Comme le climat des temps anciens ne différait guère de celui d'aujourd'hui, on peut bien admettre que les blennorrhées ont montré aussi le même caractère dans l'antiquité, ce que prouvent d'ailleurs les documents qui existent encore. Le passage cité plus haut des livres de Moïse prouve la fréquence de la blennorrhée des organes génitaux dans les temps anciens; sa bénignité est démontrée entre autres par le traitement des anciens médecins, qui suivaient presque tous le principe de Celse (VI, 18) lequel consistait à traiter la gonorrhée *levibus médicamentis*, si toute fois le traitement en était demandé. Ceci est du moins vrai de la blennorrhée aiguë; la forme chronique, contre laquelle ils avaient le plus souvent à lutter, exigeait naturellement des astringents. Cette absence de réaction artérielle était sans doute aussi la cause, pour laquelle on croyait dans l'antiquité que la gonorrhée n'était qu'une faiblesse des vaisseaux sécréteurs du sperme, et l'écoulement de la semence mal élaborée. Mais s'il se manifestait quelques symptômes d'une plus grande activité, ils partaient alors moins du système sanguin que des nerfs, et Galien (1) avait bien raison de

(1) *De symptomat. causis*, lib. III, cap. 11; ed. Kühn, vol. VII, p. 267 : kai mên hai gonorrhoiai, chôris men tou synteinesthai to aidoion, arrhôstia tês

faire dériver dans ces circonstances le Priapisme du spasme. Il en était des ulcérations des organes génitaux comme de l'écoulement muqueux. Les circonstances que nous indiquerons dans un des paragraphes suivants, empêchaient déjà considérablement la formation des ulcères; et quoiqu'ils fussent plus fréquents que la blennorrhée sur les plateaux de l'Asie et dans l'Egypte supérieure (il n'en reste plus de doute aujourd'hui), du moins ils étaient de courte durée, parce que la vie végétative prépondérante, combinée avec les influences extérieures, devenait bientôt maîtresse de la maladie et remplaçait en peu de temps la perte de substance. Il en était tout autrement dans les plaines basses, comme en Syrie et dans la basse Egypte, où une température chaude subissait l'influence d'un air et d'un sol humides; c'est là que, à défaut de grands soins, les ulcères prenaient un caractère malin, et passaient facilement à l'état de gangrène (anthrax), comme nous l'avons vu plus haut en parlant d'Apion et d'Héron. Il est vrai qu'ainsi, tout ce que la maladie avait de spécifique était détruit; mais l'individu courait aussi plus de danger de perdre la partie malade. Quoique la partie ne fût pas toujours détruite par la gangrène, la guérison en était néanmoins souvent très-difficile, parce qu'en négligeant le mal, il se formait même des vers dans les ulcères (1), et ceux-ci produisaient alors une suppuration si abondante, que le malade en périssait ensuite, comme le prouve l'exemple de l'emperenr Galerius Maximilianus, qu'Eusèbe (2) nous a

kathektikês dynameôs tès en tois spermatikois aggeiois : enteinomenou de pôs, hoion spasmô tini paraplèsion paschontôn epitelountai.

(1) Larey, *Relation historique et chirurgicale de l'expédition de l'armée d'Orient en Égypte et en Syrie*, Paris 1803, p. 116. « Pendant le travail de la « suppuration, les blessés furent seulement incommodés par les vers ou larves « de la mouche bleue, commune en Syrie. L'incubation des œufs que cette « mouche déposait sans cesse dans les plaies ou dans les appareils, était favo- « risée par la chaleur de la saison, l'humidité de l'atmosphère et la qualité de « la toile à pansement (elle était de coton), la seule qu'on ait pu se procurer « dans cette contrée. La présence de ces vers dans les plaies paraissait en accé- « lérer la suppuration, causait des démangeaisons incommodes aux blessés et « nous forçait de les panser trois ou quatre fois par jour. Ces insectes, formés « en quelques heures, se développaient avec une telle rapidité, que du jour au « lendemain ils étaient de la grosseur d'un tuyau de plume de poulet. On faisait « à chaque pansement des lotions d'une forte décoction de rhue et de pe- « tite sauge, ce qui suffisait pour les détruire; mais ils se reproduisaient « bientôt après par le défaut des moyens propres à écarter l'approche des « mouches et à prévenir l'incubation de leurs œufs. » Comparez ce que *M.* Larey a dit page 278 du climat de la Syrie.

(2) *Hist. eccles.* lib. VIII, 14. Ti dei tas empatheis andros aischrourgias mnêmoneuein? ê tôn pros autou memoicheumenôn aparithmeisthai tên plêthyn? ouk ên ge toi polin auton parelthein, mê ouchi ek pantos phthoras gy-

conservé. Sirach (XIX, 2. 3) l'a déjà indiqué, en disant : « Le vin et les femmes séduisent, et celui qui s'attache à des femmes vénales, est on ne peut plus insensé. *La pourriture* (1) *et les vers seront sa recompense*, et l'âme imprudente doit quitter le corps. » On conçoit que le couteau et le fer rouge devaient jouer le rôle principal dans ces circonstances, mais le malade les craignait souvent plus que le mal même, et il préférait se donner la mort, comme ce Municeps, dont nous parle Pline dans un passage que nous avons déjà cité. Lorsque ces ulcères avaient leur siège dans la bouche d'un fellator ou d'un cunnilingus, leur marche devait être d'autant plus rapide, et le danger d'autant plus grand, surtout si le malade habitait sous un climat tel que celui que nous venons de décrire. C'est ainsi que « les Aigyptia kai Syriaka kai Boubastika helkea » dont nous avons parlé, eurent une si mauvaise réputation. Cependant l'homme pouvait, dans le plus grand nombre de cas, échapper à ces influences climatiques en se soumettant à un traitement et à un régime convenables ; du moins il pouvait, ainsi, affaiblir la rigueur du mal. C'est pourquoi les cas de cette espèce furent bien rares et n'ont été notés que par les écrivains non médecins. — Dans le midi, l'organisme avait encore un autre moyen de lutter contre l'ennemi envahissant, moyen qui paraît avoir échappé aux médecins anciens, et qui a été reconnu dans les temps modernes, mais point assez considéré et exploité pour l'histoire de la syphilis. Nous voulons parler de *la réaction que, dans les climats chauds, la peau manifeste dans*

naikôn parthenônte harpagas eirgasmenon. — Cap. 16. Meteisi goun auton theêlatos kolasis ; ex autês autou katarxamenê sarkos, kai mechri tês psychês parelthousa ; *athroa men gar peri ta mesa tôn aporrhêton tou sômatos apostasis gignetai autô ; eith' helkos en bathei syriggôdes kai toutôn aniatos nomê kata tôn endôtato splagchnôn ; ap' hôn alekton ti plêthos skôlêkôn bryein, thanatôdê te odmên apopneein*, tou pantos ogkou tôn sômatôn ek polytrophias autô kai pros tês nosou eis hyperbolên plêthous pimelês metabeblêkotas ; hên tote katasepeisan, aphorêton kai phriktotatên tois plêsiazousi parechein tên thean, iatrôn d' oun hoi men, oud' holôs hypomeinai tên tou dysôdous hyperballousan atopian hoioi te, katesphattonto ; hoi de diôdêkotos tou pantos ogkou kai eis anelpiston sôtêrias apopeptôkotos mêden epikourein donamenoi, anêleôs ekteinonto. — Ce passage se trouve aussi littéralement dans Nicephore, *Hist. eccles.* VII, 22. Aur. Victor *Epit.* cap. 40 : Galerius Maximinianus *consumptis genitalibus* defecit.— Zosimus, *Hist.* II, 11, parle seulement de *trauma dysiatos* et Paul. Diaconus, *Hist. miscell.* XI, 5, dit : putrefacto introrsum pectore, et vitalibus dissolutis, cum ultra horrorem humanæ miseriæ etiam vermes eructaret, medici jam ultra fœtorem non ferentes, crebro jussu ejus occiderentur, etc. Hérode eut aussi un sort analogue ; Josephe, *Antiq.* XVII, 6, dit : tou aidoiou sêpsis skôlêkas empoiousa. Comparez Bochart, *Hierozoicon*, ed. Rosenmüller, t. III, p. 520.

(1) Sêpê, *la pourriture ;* sêtês, *les teignes* (tinéites). Quelques éditions ont *sêtes ;* les septante traduisent : sêpê kai skôlêkes klêronomêsousin auton.

les maladies des organes sexuels. Aussi longtemps qu'on croyait la peau extérieure formée seulement de lames différentes, aussi longtemps il ne pouvait pas être question d'une connaissance exacte de ses fonctions, ni dans l'état normal ni dans l'état de maladie. Les recherches de Breschet et de Roussel de Vauzème (1), confirmées par Gurlt (2), nous ont appris que la peau, outre ces lames, contient en effet des organes particuliers (seulement soupçonnés auparavant), qui appartiennent au genre des glandes, savoir; les glandes cutanées, capillaires et sudorifiques, qui se partagent les fonctions qu'on a attribuées jusqu'ici à la peau en général: ces glandes servent d'intermédiaires entre les diverses sympathies; ainsi elles sont le siège presque unique des diverses maladies de la peau, comme nous avons, les premiers, tâché de le prouver dans divers articles sur les maladies de la peau, insérés dans « *Blasius* Handwœrterbuch der Chirurgie und Augenheilkunde. » Nous avons par là voulu changer la doctrine actuelle sur les maladies de la peau. Tandis que les glandes sudorifiques sont spécialement en sympathie et en antagonisme, la même chose a lieu entre les glandes de la membrane muqueuse du canal intestinal et des organes sexuels, et les glandes de la peau qui sécrètent la matière sébacée de cette membrane. Vouloir discuter ici ce sujet, qui certes a encore bien besoin d'éclaircissement, nous conduirait trop loin; nous rappellerons donc ici simplement, que non-seulement les onanistes se trahissent souvent par un nez luisant, à cause du *sébum* qui, chez eux, sécrète en plus grande abondance, mais encore parce que leur visage est souvent couvert de pustules d'acné; ensuite que l'éruption de l'acné précède souvent la menstruation chez les filles. Ce sont là évidemment des signes (3), desquels résulte clairement

(1) *Nouvelles recherches sur la structure de la peau.* Avec 3 planches, Paris 1835, in-8° p. 221.

(2) Vergleichende Untersuchungen über die Haut des Menschen und der Haussæugethiere, besonders in Beziehung auf die Absonderungsorgane des Hauttalgs und des Schweisses, in Müllers *Archiv für Physiologie*, Année 1835, p. 399-418. Avec des gravures dont la comparaison mettra le lecteur à même de comprendre ce qui suit.

(3) Lorry, *Traité des maladies de la peau*, vol. I, page 50 : Man findet auch eine gewisse Sympathie zwischen den Geburtstheilen der Mânner und Weiber und der Haut, die bei dem heftigen Triebe zum Beischlafe aufschwillt, wenn er aber vorbei ist, so kommt in derselben Schweiss und *bisweilen Hitzblœtterchen zum Vorschein*, p. 83. Wenn nun zur Zeit der Mannbarkeit alle Glandeln aufgeschlossen sind, so wird zu den Organen der Ausdünstung eine grosse Menge einer subtilen und flüchtigen Materie gebracht, es entsteht ein eigener Geruch, und wenn sie sich angehæuft hat, steckt sie in den kleinsten Gefæssen, dieser Saft wird durch die Verweilung und durch die Verbindung dicke, und es entstehen davon Pusteln. Dies ist gewiss, dass wenn sich beide ge-

que l'irritation des organes sexuels se reflète dans les glandes cutanées; car l'acné n'est autre chose qu'une affection des glandes cutanées, comme nous l'avons indiqué dans l'ouvrage cité. Mais nous avons les preuves de cet antagonisme encore plus près. Combien de fois, chez nous, les médecins n'ont-ils pas observé une éruption (1) semblable à la *Rosoela* ou à l'*Urticaria*, qui par son apparition soudaine contribuait à la diminution où à la disparition finale de la gonorrhée existante? On a voulu attribuer cette affection de la peau à l'emploi du baume de Copahu ou du poivre de Cubèbes, qui aurait irrité la muqueuse du canal intestinal et, par sympathie, la peau; chose qui peut être possible, mais qui, dans ce cas, devrait sans doute avoir lieu plus souvent, si l'on pouvait attribuer cet effet à ces remèdes seuls. Il se peut bien que, chez quelques malades, une certaine idiosyncrasie ait été efficace par suite d'une irritation sympathique du canal intestinal; mais dans le plus grand nombre de cas, la répercussion de la muqueuse des organes sexuels a sans doute été déterminée par une influence épidémique, et les médecins n'y ont joué qu'un rôle secondaire; car on a même observé cet exanthème sous un traitement purement antiphlogistique de la gonorrhée Mais ce n'est pas seulement dans la gonorrhée que l'on observe ces phénomènes; dans le chancre on les a également remarqués, et là, on les a attribués au sublimé corrosif, en les regardant comme un criterium que ce remède aurait produit ses effets complets dans le mal fondamental. Ceci était sans doute une erreur, dans le plus grand nombre de cas, puisque Biett, Rayer et d'autres ont vu paraître les formes les plus diverses de maladies de peau pendant la durée du chancre, et les ont regardées à cause de cela comme symptômes primaires. On prétend même avoir observé des cas, où elles ont été les seuls signes primaires de contagion après un coït impur, chose que beaucoup ont néanmoins mise en doute, en cherchant l'explication de ce fait dans ce que souvent de très-petits ulcères seraient restés inaperçus. L'expérience a, en effet, suffisamment démontré que les symptômes, dits secondaires, et conséquemment aussi les affections de la peau, se présentent d'au-

schlechter entwickelt haben und sie keusch leben, eine grosse Reihe zusammengehæufter Pusteln entstehen, *gleichsam als wenn sie von den angelaufenen Glandeln in die Haut getrieben wæren.* Die Pusteln nehmen in den Ordnung zu, wie sich die Glandeln setzen; gleichsam als ob sie der Sammelplatz jener Sæfte, die in der Haut zerstreut werden sollen, wæren. Comparez Haller *Element. Physiolog.*, t. VII, lib. XXVIII, sec. 3, § 4.

(1) Le lecteur trouvera plus de détails sur cette matière, ainsi que sur plusieurs autres assertions, relatives à la pathologie de la syphilis dont nous avons fait mention dans ces recherches, dans notre ouvrage qui paraîtra incessamment sous le titre : « *Einleitung zur Lehre von der Lustseuche.* »

tant plus facilement que les ulcères des organes sexuels sont plus superficiels et plus petits; et nous-mêmes, nous croyons, que, sans une réaction locale aux organes génitaux par le coït, il ne se déclare jamais de phénomènes, dits secondaires; mais il ne faut pas vouloir que ceux-ci se présentent toujours sous forme d'ulcères. Si donc, déjà dans notre climat tempéré, les glandes cutanées jouent un grand rôle dans la syphilis, à plus forte raison cela doit-il être en Asie et en Egypte, où l'activité de la peau, en général, et celle de ses glandes, en particulier, est déjà plus énergique dans l'état normal, comme nous le remarquons dans ce suintement huileux de la peau, surtout chez les nègres. Mais ce smegma huileux n'est autre chose que le produit des glandes cutanées, qui deviennent facilement malades chez les Européens pendant leur acclimatation dans le midi, puisque les indigènes mêmes sont fréquemment attaqués d'affections des glandes cutanées pendant les mois d'été (1). On sait et on le reconnait depuis longtemps (2) que dans les pays méridionaux, non-seulement les affections de la peau sont très-nombreuses, mais aussi que la syphilis apparaît de préférence sous la forme d'exanthème, et ses ravages sont pour cela beaucoup moins grands; mais on s'est généralement contenté de ce principe, sans l'exploiter au bénéfice de l'histoire et de la doc-

(1) Comparez : Hillary, *Observations sur les variations de l'air et sur les maladies qui s'y rattachent dans l'île de Barbade.* Voir la traduction de l'anglais en allemand par J. Ch. G. Ackermann. Leipzig 1776 in-8° p. 3 et seq.

(2) Alex. Traj. Petrone, *De morbo Gallico* lib. II, c. 24 et 26 (Aphrodisiacus p. 1225-1226) dit déjà : Et in regione calida, quoniam secundum naturæ suæ impetum ad cutem fertur, minus sævire, in frigida vero, quoniam contra suam naturam ad interna migrare cogitur, magis. — Neque nos non lateat, in ambiente (ut dicunt) calido, quoniam ad cutem attractio fit, morbum hunc et secundum naturæ suæ impetum creari, et simul ad exteriora prorumpere solere. In frigido autem, quia intro repellitur contra suæ naturæ motum retroverti et solidas corporis partes sæpius depasci. Frequentius etiam in regione calida quam frigida apparere; hic enim circumfusus aer, ne morbus ad cutem extendatur, prohibet (nam intro pellit), illic vero et ad cutem trahit et eamdem retinet. — Il faudrait lire surtout la page 1211. — Puydebat *De l'influence du climat sur l'homme ;* Bullet. méd. de Bordeaux, 1836, Mai 21. (Froriep *Notiz.* 1836, vol. 49, p. 179) ; il y est dit : Les pores de la peau toujours ouverts exhalent dans les pays chauds une sueur abondante, plus ou moins odorante. Les glandes de la peau sécrètent un fluide huileux abondant, qui rend la peau onctueuse et lui donne cet aspect particulier qu'on remarque chez les nègres. Cet état prédispose la peau aux exanthèmes, p. e. à la rougeole, à la petite vérole, à la syphilis, à la lèpre, à l'éléphantiasis.— Dans les pays froids, la transpiration de la peau est très-faible et les sécrétions internes sont plus fortes ; ces sécrétions sont précisément diminuées dans les pays chauds par la cause opposée. — Comparez : J. von Rœser *Ueber die Krankheiten des Orients.* Augsbourg, 1837 ; p. 67-71 ; nous reviendrons encore plus d'une fois aux indications contenues dans cet ouvrage.

trine de la syphilis. Cette tendance prédominante vers la peau doit donc se manifester nécessairement dans toutes les maladies des membranes muqueuses, par conséquent aussi dans celles des organes génitaux. La résorption, en général, augmentée sur les muqueuses, se manifestera comme telle aussi dans les maladies de ces membranes; la matière étrangère, qui est mise en contact avec elles, est moins assimilée par les glandes muqueuses et le gland de la verge; il ne lui est pas laissé assez de temps pour agir sur la petite surface qui l'a reçue et elle est de suite jetée sur la grande surface de la peau, où elle est attirée par les glandes cutanées, qui sécrètent et assimilent plus vigoureusement. Là, la matière est assimilée ou jetée au dehors. Dans certains pays, ce dernier cas a lieu promptement sans qu'on remarque de symptômes locaux de quelque importance sur la peau; par exemple, en Numidie, en Lybie (1), et dans les contrées septentrionnales du Pérou (2); on dit même que la maladie y guérit sans le secours de l'art et même qu'elle est presque inconnue des habitants. Ceci n'a pas lieu dans les autres pays; cependant, les glandes de la peau ne se chargent pas moins de la maladie, elles fournissent une sécrétion plus abondante; et, comme le produit paraît être en même temps changé, il n'est pas porté au-dehors (ce qui n'a pas lieu déjà parce que les orifices de ces glandes se ferment comme l'utérus dans la grossesse, pour pouvoir agir librement dans leur intérieur); les glandes de la peau gonflent ensuite et apparaissent sous la forme de papules ou de tubercules, (quelquefois aussi sous forme de vésicules), qui se changent en pustules, lorsque le produit de la maladie est sur le point d'être expulsé (3), ou bien elles disparaissent peu à peu, lorsque

(1) Joannis Leonis Africani *Africæ descriptio*, Lug. Bat. 1632, in-12, page 86 : Paucis admodum toto Atlante, tota Numidia totaque Lybia hoc notum est contagium. Quod si quisquam fuerit qui se eo infectum sentiat, mox in Numidiam aut in Nigritarum regionem proficiscitur, cujus tanta est aëris temperies ut optimæ sanitati restitutus inde in patriam redeat : quod quidem multis accidisse ipse meis vidi oculis, qui nullo adhibito neque pharmaco neque medico, præter saluberrimum jam dictum aërem, revaluerant. — Comparez Scaliger *Exercitat.* CLXXX, c. 18. — Petronius, *l. c.* p. 1213.

(2) Schnurrer *Geographische Nosologie*; p. 454.

(3) Brown W. G. *Reisen in Afrika, Egypten und Syrien.* Traduit de l'anglais par C. Sprengel. Weimar 1800, in-8°. p. 389 : Il y est parlé d'un soldat à Kahira, auquel la maladie a été communiquée. Il n'employait aucun remède et continuait de boire de l'eau-de-vie et de servir Vénus, mais après deux mois il eut tout le corps, mais surtout la tête et les glandes du cou, couverts d'un exanthème intense, qu'il saupoudrait avec une espèce de terre rouge. L'exanthème dessécha et disparut, et au bout de quatre semaines, ce soldat fut guéri et sa peau fut aussi lisse et aussi pure qu'auparavant. Schnurrer, *l. c.* p. 453, cite ce cas également, mais en y mêlant quelques inexactitudes. Th. Clarke a

l'assimilation et la résorption ont été assez fortes. Dans le cas où le froid humide ou d'autres influences nuisibles agissent, il se forme alors des ulcérations ou des dégénérescences etc, et la *maladie se change en lèpre et en éléphantiasis,* ce qui a lieu surtout en Egypte, où les chancres des organes sexuels ont déjà, comme on le prétend, une grande tendance à former des croûtes (1) et des eschares. Si ces faits sont aujourd'hui hors de doute, on demandera alors, s'il en était ainsi dans l'antiquité? C'est ici la question la plus difficile au sujet *des rapports entre la lèpre et la syphilis,* qui, depuis des siècles, à été le sujet de bien des discussions et qui, malgré les investigations d'un Hensler et d'autres, ne peut pas encore être regardée comme résolue. Nos propres recherches sur la lèpre des anciens sont encore trop incomplètes et la chose elle-même exige qu'on entre dans de trop nombreux détails pour que nous puissions les exposer ici. Dans la seconde partie de cet ouvrage, nous y reviendrons encore, lorsque nous examinerons la question de savoir si la syphilis du 15e siècle est un développement de la lèpre; nous soumettrons alors ce sujet à un examen plus minutieux. Qu'il suffise pour le moment de savoir : que le climat de l'Asie et de l'Egypte du temps ancien ne différait guère de celui d'aujourd'hui, et que son influence doit par conséquent avoir été aussi à peu près la même (2). Déjà plus haut nous avons démontré que le Mentagra était une suite

fait des observations analogues au cap de Bonne-Espérance. London, *Med. Gazette* 1833. Behrend, *Syphilidologie*, vol. I, p. 241 et suivantes. Le minorite Conti s'exprime ainsi contre Norberg (*Biörnsthäls Briefe*) vol. 6, p. 410 : Il est sévèrement défendu aux Chrétiens et aux Musulmans dans l'Orient, de cohabiter avec une femme pendant les premiers huit jours de la menstruation. Leur corps serait empoisonné, si cet acte avait lieu avant le huitième jour; ils gagneraient de l'enflure, des bubons, des plaies, de l'exanthème et des douleurs dans les membres, et ils prendraient l'aspect d'un lépreux. La femme ne devient pas enceinte dans ce cas, parce que le sang est impur; mais si la grossesse avait néanmoins lieu, l'enfant serait atteint d'un mauvais exanthème et deviendrait comme les parents. Fr. Eagle (*The Lancet*, juil. 1836 No 671). Behrend raconte plusieurs cas dans sa *Syphilid.*, vol. I, p. 118, où le coït avec des femmes menstruées a produit à Londres des chancres et la gonorrhée.

(1) Von Rœser, *l. c.* p. 69. — *Voyages de Sonnerat aux Indes orientales*, I, 94. 99. Schnurrer *Geographische Nosographie*, p. 409 ; dans la note on lit : « In Indostan will man besonders die Erfahrung gemacht haben, dass eine übel behandelte Syphilis in den Aussatz übergehe. » Nous ferons voir dans un autre endroit que la même chose a lieu assez souvent en Europe. Comparez en attendant Hensler *von dem abendlændische Aussatze*, p. 228 et suivantes.

(2) Galenus ad Glaucon. *De meth. med.*, II, édit. Kühn, vol. XI, p. 142 : kata goun tên Alexandreian *elephantiôsi pampolloi* dia te tên diaitan kai *tên thermotêta tou choriou; hate de thermou tou periechontos ontos kai hê rhoté tês phoras autôn pros to therma ginetai.* Il assure que la maladie est rare en Germanie et en Mysie, et qu'on ne la remarque presque pas en Scythie.

du vice du cunnilingus, et puisque, suivant Pline, sa patrie était l'Egypte, donc aussi il devait avoir ressenti l'influence du climat, pour ce qui est de sa production. Si donc, dans l'antiquité, les affections génitales étaient une conséquence du coït, le climat doit nécessairement aussi avoir agi sur elles de la même manière, comme nous le voyons encore aujourd'hui, c'est-à-dire, il doit avoir existé bien des affections cutanées à la suite d'irritations et de maladies des organes sexuels. Il est vrai que les anciens médecins n'en parlent pas, mais ils déduisent de maux intérieurs la plus grande partie des affections cutanées, qu'ils jettent pèle-mèle; et ils les regardent comme des apostases. Ce qui prouve qu'ils ne méconnaissaient pas entièrement les rapports antagonistiques entre la peau et d'autres organes. Quant aux organes sexuels ils paraissent n'avoir eu égard qu'au *consensus* entre l'utérus et la peau (1), et chez l'homme, ils ont mis presque tout à la charge du foie; nous en dirons quelques mots un peu plus tard. L'assertion que les eunuques étaient exempts de la calvitie (*Hippocrat.*, I, 400. *Gal.*, XVIII, A. 40 (page 42) où il est parlé aussi des débordements excessifs *in Baccho et Venere*), que l'on rencontrait si fréquemment dans l'antiquité comme suite de l'impudicité (2), démontre en effet qu'on remarquait ce *consensus;* mais la castration recommandée par plusieurs médecins, selon ce qu'en dit *Archigenes* (3), pour guérir

(1) Hippocrate *De ant. mulier.* édit. Kühn, II, p. 541 parle de phlyctènes dans l'érysipèle de l'utérus. Galien édit. Kühn, vol. XVII, A, p. 558: isthi gar hoti ta exanthêmata en tais têS mêtras diathesesin eis to derma ekragenta sêmainousin hoti hê phlegmonê ê erysipelas ek tou apozeontos kai leptou haimatos en tais mêtrais egginetai, hôs en tô peri gynaikeiês physeôs gegraptai.

(2) Aristot., *Problem.* IV, 18.

(3) Aëtius *Tetrab.*, IV, serm. I, cap. 122: Novimus quosdam audaciores qui sibi ipsis testes ferro resecarunt; castratis enim non in pejus malum ipsum procedet. Neque enim temere reperias, inquit Archigenes, ullum aliquem castratum elephantiasi laborantem, neque item facile mulierem. Quare etiam quidam ex confidentioribus medicis manum admoverunt, et quotquot sane ex eis ex sectione periculum evaserunt, per consequentis curationis usum perfecte ab hac maligna affectione liberati sunt. Comparez Hensler *vom Aussatz* p. 401. Pour ce qui est de l'*immunité des femmes*, dont il a été parlé aussi dans le § du *mentagra*, nous lisons dans Von Rœser *l. c.* p. 67, où il traite de la syphilis: Besonders fællt es schon in Griechenland und in der Türkei auf, dass der praktische Artz, wie ich dessen von vielen versichert wurde, syphilitische Frauenzimmer höchst selten in Behandlung bekommt, und man dessen ungeachtet bei diesem Geschlecht *keine* mit der alle ærztliche Hilfe vernachlæssigenden Kranckheit in Verhæltnisse stehende *Folgekrankheiten* und *Gebrechen* sieht.— Page 68: Nur scheint dieses Gift durch die stærker beim Weibe als beim Manne absondernden, afficirten Hauttheile, Schleimhaut, leichter aus dem Körper geschafft zu werden, als beim Manne, so dass es in Egypten kaum erhört sein möchte, ein weibliches Geschöpf an Syphilis in ærztlicher Behandlung zu sehen. — Mais on ne peut pas en conclure que les femmes fussent entière-

l'éléphantiasis, pourrait bien faire supposer, que les anciens médecins savaient parfaitement bien quelle influence les fonctions des organes sexuels exercent sur les fonctions de la peau, surtout puisque Archigenes (cap. 120) déclare non-seulement que la maladie est contagieuse, mais encore qu'il regarde l'affection de la peau comme secondaire, qu'il dit sa cause inconnue, qu'il parle de la grande lascivité des malades (Satyriasis p. 72. 129. 259); il dit en outre que les eunuques ne sont pas atteints d'éléphantiasis. Comme le mentagra pouvait se former chez le cunnilingus, et se transformer en psora, aussi bien l'éléphantiasis, qui déjà dans la glose du Pseudo-Galenus a été mise en rapport avec le *morbus phœniceus*, pouvait prendre naissance dans le coït; et son apparition principale à la face ne prouve rien contre ce fait, puisque les glandes cutanées de la figure ont une grande connexité avec les organes sexuels. Un grand nombre d'exemples, cités par les écrivains du moyen âge, prouvent que la lèpre, comme l'éléphantiasis, se communique dans le coït (1). Beaucoup de médecins regardaient la maladie vénérienne comme une espèce de lèpre ou d'éléphantiasis, et quelques-uns l'attribuaient au coït avec des lépreux; néanmoins nous ne trouvons, suivant Hensler, (vom Aussatz p. 396) nulle part des indications, que les organes sexuels soient les premiers affectés, si ce n'est ce qu'Astruc à déduit ici en faveur de son opinion: il fait dériver de la lèpre, comme tout le monde sait, tous les maux locaux qu'on voyait vers la fin du 15e siècle. — Mais que serait-ce, si l'on trouvait réellement des traces que ce qu'on appelait en Asie lèpre, se serait trouvé d'abord aux organes sexuels? Avant d'examiner cette opinion plus à fond, nous sommes obligé de citer d'abord un passage de l'ouvrage déjà tant de fois relaté de Von Rœser, qui est également important pour la syphilis et pour son histoire. Il écrit p. 68 ce qui suit: « die primäre syphilis äussert sich *in Aegypten höchst selten an der Vorhaut oder der Eichel* der Ruthe, sondern *die Schanker befinden sich meistens auf der Haut des Penis mehr gegen den Schaamberg hin, oder selbst auf diesen* in den bei den Aegyptern und Arabern meist rasirten, behaarten Theilen, oder *am Hodensacke. Pruner* (2) sagte mir, dass die Fälle eines Schankers an der Vorhaut, die freilich bei den Muhamedanern fehlt, oder an der Eichel, zu den Schankern der letzt bemerkten Theile

ment exemptes de la maladie vénérienne; Von Rœser lui-même en convient et Larrey *l. c.* p. 253, s'est vu forcé par la propagation générale de la maladie parmi les soldats, d'organiser un hôpital particulier pour les femmes affectées, afin de restreindre la contagion.

(2) Comparez Foot, *Abhandlung über die Lustseuche.* Traduit de l'anglais par H. Ch. Reich, vol. I, p. 62.

(1) Médecin en chef à l'hôpital *Esbekich* au Caire.

wie 1 : 3 sich verhalte, daher hier Astruc's Meinung, als bildeten sich fast niemals syphilitische Geschwüre an der Aussenseite der Ruthe, wie schon bei uns,—kräftig widerlegt wird. Dass das Beschneiden nicht alleinige Ursache dieser Erscheinung ist, erhellt aus der Thatsache, dass ich in Smyrna und Constantinopel Schanker genug an der Eichel sah, gleich wie bei unsern Juden, obgleich ich nicht in Abrede stelle, dass das Beschneiden einigen Antheil an der Seltenheit des Erscheinens der Schanker an der Eichel haben möchte, — was jedoch die Häufigkeit des Erscheinens derselben an dem Hodensacke und dem Schaamberge nicht erklärt. Die Hinneigung zur exanthematischen Natur, die sich auch durch das gewöhnliche Erscheinen von *vielen* Schankern, auf einmal, *die auffallend eine Neigung mehr zur Krusten- und Grindbildung haben*, kund giebt, möchte diese Erscheinung besser erklären. » Pour ce qui est de l'opinion émise plus haut, elle est fondée sur un examen approfondi du chapitre 13 du IIIe livre de Moïse, qui a tant d'importance pour la doctrine de la lèpre, chapitre, qui a occupé les théologiens et les médecins depuis des siècles, sans qu'on puisse déclarer les débats clos. Notre intention n'est du reste pas de faire un commentaire de ce chapitre, d'autant plus qu'il nous manque les connaissances nécessaires des langues, qui sont indispensables pour bien juger ce qui a été fait jusqu'ici ; de plus, nous n'avons pas encore fait assez de progrès dans l'étude des sources et de l'histoire de la lèpre, pour prononcer un jugement valable. Nous nous bornerons donc à consigner ici quelques observations qui ont un rapport immédiat avec notre sujet, et qui pourraient donner occasion aux lecteurs qui connaissent la chose et les langues, de nous communiquer leurs idées et instructions à cet égard. Pour bien comprendre ce chapitre, tout nous paraît dépendre de la *certitude* de la signification des mots *b'ôr b'sarô*. Luther les a traduits par : *an der Haut seines Fleisches* (à la peau de sa chair), tandis que les septante les ont rendus par : *en dermati chrôtos autou*, dans la peau de la surface; *de Wette* de son côté les traduit par : *an der Haut seines Leibes* (à la peau de son corps), et il entend par là n'importe quel endroit de la peau extérieure. Si cette traduction est juste, alors il sera difficile de comprendre, comment le *poil* dans les marques ou taches ait pu devenir *blanc*, chose qui n'a pas frappé même Hensler. *Rosenmüller* dit, dans ses scolies à ce passage : *Schilling* (de lepra p. 7) *observat, in lepra alba pilos albescere ;* mais ici il est partout question *de partes pilosæ aut capillatæ*, de sorte qu'on ne pourrait y compter que la tête, les sourcils, le menton, les aisselles et le mons Veneris ; car on ne peut avoir aucun égard ici aux poils des autres parties du corps, puisque par eux-mêmes, ils

sont déjà prësque incolores, et si un grand nombre de juifs les avaient eus plus foncés, on ne pourrait cependant pas admettre que tous auraient été de la famille d'Esaü. D'ailleurs, tous ceux qui ont écrit sur la lèpre, ne parlent, lorsqu'il est question de maladies des cheveux, que des cheveux et des poils des parties nommées (1), et si *Haly Abbas* dit, dans le passage cité de *Hensler* (Excerpt. p. 9), en parlant de l'*alopitia* et de la *tyria* : *Nonnumquam totius accidit pilis corporis*, il ne faut entendre par ces mots que les parties garnies de cheveux et de poils. *Hensler* aussi l'entend de la même manière (vom Aussatz p. 304), lorsqu'après avoir parlé des cheveux et de la barbe, il dit : Es kann sich dies Uebel aber auch an andern behaarten Stellen des Körpers ergeben. *Haly Abbas* sagt (excerpt. p. 9) : zu Zeiten ereignet sich dies auch am Haare des gesammten Körpers. Wenn auch die Stelle des *Hippocrates*, bei der fehlerhaften Interpunktion, wahrscheinlicher zum Folgenden gehört, so wäre doch auch dies für sich schon wahrscheinlich, *da die Vormäler besonders in der Achselhöhle und in dem Schaamberge sich finden* und diese sich ja da sowohl als am Haupte verbreiten können. » En supposant même qu'on veuille entendre ici toutes les parties velues du corps, et admettre que l'auteur parle premièrement dans un sens général, alors ce qui suit ne s'accorderait plus; car les cheveux et la barbe ne devenaient pas *blancs*, mais *jaune d'or* (Moïse, V. 30). Dès lors il ne reste que les sourcils, les aisselles et le mons Veneris; et ce n'est qu'à ces parties que l'on pourra rapporter le phénomène du changement des poils en blanc. Toutes ces circonstances étant exactes, il est impossible d'étendre le *b'ôr b'sarô* à toute la surface du corps, et il ne faudra lui attribuer qu'une désignation locale; mais celle-ci ne peut être autre que les *organes sexuels*, ce qui s'accorde parfaitement avec la chose et avec la manière de dire de la bible. A plus d'un endroit (2), on trouve dans

(1) Nous ne pensons pas que l'on veuille prendre ici le passage d'Aretæus *Morb. chron.*, lib. II, c. 13; édit. Küh np. 180, comme une preuve du contraire, parce qu'il y est question de l'éléphantiasis, et non de la lèpre des Juifs. Il y est dit en effet : triches en men tô panti prostethnêskousi, chersi, mêroisi, knêmêsi, authis hêbê, geneioisi araiai, psednai de kai epi tê kephalê komai; to de mallon proôroi, polioi kai phalakrôsis athroê; ouk eis makron de hêbê kai geneion psila ; ei de de kai epimimnoien paurai triches, aprepesterai tôn apoichomenôn. — La circonstance que les Albinos ont le corps entièrement couvert de poils fins, blancs, laineux, ne peut pas être citée avec plus de raison.

(2) *Génèse*, XVII, 11, 13, 14; *Exod.* XXVIII, 42 ; *Levit.* VI, 10, XV, 19; *Ezéch.* XVI, 26, XXIII, 20. Mais avant tout *Levit.*, XV ; 2, 3, dans le passage bien connu de la *gonorrhée*. C. A. Beyer seul *De hæmorrhoidibus ex lege mosaica impuris, ad Levit.* XV. *Comment.*, Lips. 1792, in-4°, a eu l'idée de prendre *basar* de tout le corps, pour expliquer la gonorrhée par *hémorrhoïdes muqueuses*. Il est vrai que l'auteur était théologien et diacre à Leipzig.

l'ancien testament le mot *basar*, ainsi que *sarx* dans le nouveau (1), avec la signification d'organes sexuels, et dans la langue allemande, le mot *Fleisch*, surtout dans le langage de l'église, est consacré dans ce sens; c'est pourquoi Luther a très-bien traduit : *an der Haut seines Fleisches*, c. à d. des organes génitaux. Il est vrai que nous n'avons plus trouvé ailleurs dans l'ancien testament la construction *b'ôr b'sarô*, mais nous ne voulons pas dire pour cela qu'elle se trouve exclusivement dans le 13e chapitre, ce qui, du reste, ne prouverait que mieux la justesse de notre explication; et en admettant qu'il en soit ainsi, on ne nuirait pas à la chose même, mais on enlèverait encore quelques difficultés, comme, par exemple, le changement de couleur des cheveux ; dans cette acception, il ne nous serait pas seulement prouvé qu'on avait déjà alors observé des pustules aux organes sexuels, qui n'étaient point considérées comme de mauvaise nature, mais aussi qu'à une pustule suspecte ou à une tache (croûte ulcère) se joignait une affection générale de la peau, qui constituait un phénomène critique pour le mal local, circonstance qui faisait absoudre, après la guérison, celui qui était suspect; car c'est ainsi que nous devrons comprendre les versets 12 et 13, où il est dit littéralement. « Mais lorsque la lèpre fait éruption (fleurit) sur la peau, et que la lèpre couvre toute la surface de celui qui est atteint, depuis sa tête jusqu'à ses pieds, aussi loin que le prêtre peut voir, et que le prêtre voit que l'exanthème a couvert tout le corps, on doit le déclarer pur, lorsqu'il est devenu blanc, (car il est pur). » Ces derniers mots ont été rapportés par quelques interprètes au Bohak, dont il est parlé dans le verset 39 ; mais c'est à tort, car, par ces mots il n'est dit rien autre chose que : lorsque l'exanthème est desséché et que la peau a repris la couleur naturellement blanche, alors le malade doit être déclaré pur (2). Cet exanthème critique montre de nouveau que la marque de la lèpre doit avoir eu son siège à un endroit du corps, dont les glandes cutanées se trouvent dans une sympathie plus prononcée ; et d'après nos expériences d'aujourd'hui, ces glandes ne peuvent être que celles des organes sexuels. On ne peut pas établir ici, pour comparaison, la circonstance que l'inoculation de la lymphe du vaccin produit quelquefois une éruption générale sur la peau ; car la

(1) *Ephes.* II, 11. *Coloss.* II, 13.

(2) Déjà J. D. Michaëlis, *Fragen an eine Gesellschaft gelehrter Männer, die auf Befehl Ihrer Majestät des Königs von Dänemark nach Arabien reisen.* Franf. s/M. 1762. p. 23, dit dans la 2e question sous le N° 8. *de la lèpre* : « Hat er eine natürliche Crisin darinn, wenn er ganz ausschlägt, und den Leib überall bedeckt? On le croirait presque, en jugeant d'après le *Levit.* XIII, 12-13, dit-il, mais si je me trompais, comment expliquerait-on alors ce passage par l'histoire de la maladie? »

lymphe, étant un produit d'une affection accompagnée de fièvre, a aussi la tendance de se reproduire par des phénomènes de fièvre et d'augmenter l'activité de tout l'organisme, et par conséquent aussi celle du système glandulaire de la peau. De nos explications données plus haut ressort la manière dont cet exanthème critique s'établit, et le passage cité de l'ouvrage de Von Rœser expliquera le reste. Que cela suffise donc pour mettre le lecteur instruit en état d'examiner notre supposition ; car, pour le moment, nous ne voudrions pas qu'on y cherchât autre chose. Mais si cette supposition se justifiait, on développerait bien facilement les autres conséquences qui en découleraient évidemment, pour faire comprendre le chapitre en question; si elle n'était pas réelle, il serait bien inutile de développer davantage une hypothèse, qui éloignerait encore plus de l'intelligence un sujet déjà obscur en lui-même. Nous annoterons seulement encore ici, que *Hensler* et d'autres ne veulent voir, dans le menton dépourvu de poils et couvert de croûtes dont Moïse parle (v. 29 et sq.) que le mentagra; ce qui serait, s'ils avaient raison, une preuve de plus en faveur de notre opinion. Du reste, nous n'aurons sans doute pas besoin de dire que notre intention n'est nullement d'établir que la lèpre est, en général, une suite des débauches; mais nous croyons, en nous appuyant sur ce que nous avons dit au commencement de ce paragraphe, devoir nous rallier à l'opinion que Becket (1), le premier, a présentée avec plus de clarté ; savoir : qu'on comprend, *dans l'idée étendue de lèpre, des affections de la peau, qui ont pris naissance dans l'existence des affections antérieures des organes sexuels*, et c'est précisément ce qui eut lieu souvent au moyen âge et après la fin du 15e siècle, et ce qui pourrait encore avoir lieu quelquefois aujourd'hui.

(La suite à un prochain numéro.)

MÉMOIRE SUR L'OPHTHALMIE GONORRHOÏQUE ;

Par le docteur Fréd. Hairion, professeur d'Ophthalmologie à l'Université catholique, médecin de bataillon, chargé de la direction de l'Institut ophthalmique de l'armée, établi à l'hôpital militaire de Louvain, etc.

(Suite : *voir le N° de juin* 1846, p. 105.)

Il reste à nous expliquer comment l'ophthalmie s'est fixée sur un seul œil..... On sait que l'ophthalmie catarrhale sporadique débute souvent d'un seul côté et que l'autre se prend deux, trois, quatre jours après et même quelquefois encore plus tard. Mais une circon-

(1) *Philosoph. transact.*, vol. XXXI ; Foot, *Abhandl. über die Lustseuche*, vol. I, p. 25 et seq.

stance que je n'ai vue signalée nulle part et que j'ai observée plusieurs fois, c'est que quand l'ophthalmie catarrhale, par une cause quelconque, arrive rapidement à une grande intensité, la maladie reste fixée sur l'œil primitivement atteint, et l'autre ne se prend pas. Voici comment les choses se passent : dans le premier cas, les sympathies normales qui unissent les organes oculaires entre eux, rendues plus vives par la souffrance de l'un, servent de moyen de transmission de la maladie de celui-ci à l'autre; tandis que dans le second cas le jeu des sympathies est étouffé par la trop grande concentration des forces vitales sur l'œil primitivement affecté, et la maladie y reste fixée.

Notre cinquième observation retrace assez exactement, à quelques faibles nuances près, l'histoire de la plupart des faits d'ophthalmie purulente que nous voyons chez nos militaires atteints de gonorrhée. Neuf cas, sur douze qui se sont offerts à nous, rentrent dans cette catégorie, et nous sommes portés à croire que la majorité des hommes envoyés à l'institut ophthalmique, pour cause d'altérations oculaires attribuées à l'ophthalmie gonorrhoïque, se trouvent dans le même cas. Nous ajouterons cependant que l'influence réciproque de l'inflammation des muqueuses génitale et oculaire n'est pas toujours aussi marquée; souvent il arrive que l'écoulement urétral ne présente qu'une légère diminution, quelquefois même il ne paraît nullement modifié, et les deux maladies, étrangères l'une à l'autre, suivent la marche qui leur est propre, sans paraître s'influencer réciproquement. D'autres fois, au contraire, lorsque l'ophthalmie acquiert rapidement une grande violence, l'écoulement urétral peut se supprimer complétement, sans que d'autres causes, que la violence de l'inflammation, aient agi pour produire cet effet.

Obs. VI. — Monsieur N...., négociant, âgé de 36 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, a éprouvé dans sa jeunesse plusieurs atteintes d'ophthalmie photophobique, par suite desquelles les yeux ont conservé une grande irritabilité. D'autre part, il fut atteint deux fois, à des époques éloignées, d'un écoulement urétral, et deux fois, à cette occasion, les conjonctives devinrent le siége d'une inflammation avec écoulement de matière muco-purulente. Au surplus, voici comment les choses se sont passées :

Le 10 septembre 1840, Monsieur N... contracte une gonorrhée, quatre ou cinq jours après un coït suspect. Le 13, sans cause connue, les conjonctives palpébrales s'enflamment et deviennent le siége d'un écoulement muco-purulent. Le malade me fait immédiatement appeler ; à ma visite, je constate l'existence d'une gonorrhée peu intense et d'une inflammation légère des conjonctives palpébrales des deux yeux, avec sécrétion puriforme ; il n'y a ni photophobie, ni larmoiement, ni blépharospasme ; la maladie paraît bornée entièrement à la muqueuse palpébrale ; je prescris une saignée générale,

le baume de copahu, la diète, l'éloignement de toute cause susceptible de réagir sur les organes oculaires et d'en accroître les symptômes inflammatoires. Dans la pensée que la blennorrhée oculaire est ici le résultat de l'influence sympathique de l'urètre sur les conjonctives, je crus devoir m'abstenir de toute application irritante locale, capable de donner plus d'intensité à la fluxion dirigée sur les organes oculaires et d'aggraver ainsi la maladie. Je me contente, en conséquence, localement, de quelques soins de propreté et de l'usage d'un collyre composé de cinq grains de nitrate d'argent cristallisé sur une once d'eau distillée.

Le 21, l'écoulement de l'urètre avait complétement disparu et la sécrétion des conjonctives avait sensiblement diminué; trois cautérisations des conjonctives palpébrales inférieures sont alors pratiquées à quelques jours de distance, et le 1er octobre, ces membranes avaient repris entièrement leur aspect normal.

Deux ans plus tard, Monsieur N.... éprouve, immédiatement après des rapports avec une femme dont il ne suspectait nullement l'état de santé, un sentiment de picotement au méat urinaire qui l'inquiète beaucoup et se prolonge jusqu'au lendemain matin. M. N.... s'aperçoit alors d'un léger écoulement; le même jour, les yeux s'injectent et sécrètent une matière muco-purulente, blanchâtre et peu abondante. Convaincu, par la marche des symptômes et leur caractère de bénignité, que l'écoulement urétral ne peut être que le résultat de l'irritation des organes génitaux par l'acte du coït, et la blennorrhée palpébrale, celui de la réaction sympathique de l'urètre sur les conjonctives, je me décide à abandonner la maladie à elle-même; je recommande le repos au malade, dont je rassure du reste le moral. Les événements vinrent pleinement justifier mes prévisions; le lendemain dans la matinée, l'écoulement avait cessé complétement, et, le soir, quand je revis le malade, les conjonctives avaient aussi repris leur état normal.

Voici un deuxième fait également très-intéressant :

Obs. VII.— M. N..., officier de cavalerie dans notre armée, contracte en 1832 une gonorrhée peu intense, pour laquelle il ne consulte d'abord pas le médecin. Au 4e jour de l'invasion, une ophthalmie purulente double se déclare sans cause connue : l'écoulement urétral n'a subi aucun changement; les médecins, qui sont appelés pour lui donner des soins, déclarent formellement que l'ophthalmie est due au transport de la matière blennorrhagique sur les yeux. Le traitement suivant est employé : saignée générale, application de sangsues derrière les oreilles, pédiluves sinapisés, lotions émollientes sur les yeux, baume de copahu, etc. Le 25e jour de l'invasion de l'ophthalmie, le malade se trouvait heureusement débarrassé de la gonorrhée et de l'ophthalmie : ni l'une ni l'autre ne laissèrent des traces de leur passage.

A peine une année s'est écoulée que Monsieur N... contracte de nouveau la gonorrhée; celle-ci se complique, comme la première,

d'ophthalmie purulente double. Pendant les quatre années qui suivent, il éprouve une 3me, puis une 4me atteinte de la même maladie, et toujours, dès les premiers jours de l'invasion, il se développe une ophthalmie purulente aux deux yeux; malgré tous les soins que prend le malade de ne point porter les mains des parties génitales aux yeux. Chacune de ces récidives est combattue par un traitement analogue à celui qui a été employé dans la première atteinte, et toujours avec un égal succès.

Il est impossible, dans ces deux observations, d'attribuer l'ophthalmie purulente à d'autres causes qu'à la sympathie de l'urètre avec les conjonctives. L'absence de toute autre cause connue appréciable, les soins que les malades ont mis à les éviter, l'invasion de l'ophthalmie dès les premières atteintes de la gonorrhée, son existence aux deux yeux, son peu d'intensité, sa terminaison heureuse, sont autant de motifs qui militent en faveur de cette opinion. Il est bien à regretter que, pour la confirmer entièrement, nous n'ayons pas constaté l'état des ganglions parotidiens; mais, à cette époque, notre attention n'avait pas encore été portée sur ce point capital du diagnostic.

La production de l'ophthalmie gonorrhoïque par sympathie exige plusieurs conditions qui sont, de la part de la gonorrhée, une intensité peu prononcée, et, de celle des organes oculaires, une grande irritabilité. Elle se reconnaît surtout en ce qu'elle se développe dès le premier jour de l'invasion de la gonorrhée, affecte les deux yeux et offre généralement peu de gravité.

4. *Infection miasmatique.* — Nous ne connaissons que deux faits d'ophthalmie gonorrhoïque qui aient été attribués à ce mode de développement. L'un d'eux a été publié par M. le médecin de régiment *Décondé (Annales d'oculistique et de Gynécologie,* tom. I, p. 347); le voici tel qu'il a été publié :

« Le nommé *Michaux* contracte le 18 août 1838 une gonorrhée; le 21 au « matin, en se levant, son œil droit était fermé, ses paupières dures et en- « flées étaient superposées, un suintement ichoreux abondant avait lieu « lorsqu'on cherchait à les séparer; il avait enfin tous les symptômes de « l'ophthalmie gonorrhoïque. Entré à l'hôpital militaire de Malines le 21 août, « il est placé dans une salle au milieu d'autres individus, porteurs d'oph- « thalmies légères, d'engorgements et de granulations. Ceux-ci étaient déjà « en trop grand nombre, dans une salle mal disposée et ne convenant pas « pour ces sortes d'affections. Jusque-là point d'ophthalmie purulente dans « l'établissement, ni au dehors ni à la caserne, où j'avais cependant une in- « firmerie ophthalmique. Cependant 3 jours après l'entrée de *Michaux*, et « dans la petite salle où il est placé, le chasseur à pied *Renier*, entré à l'hô- « pital le 7 août pour affection légère, la voit passer à la purulence, et ses

« deux yeux se désorganisent rapidement. Le 20, le chasseur à pied *Men-*
« *schaert*, à l'hôpital depuis le 3 août, aussi pour affection légère, aussi bien
« que le chasseur à pied *Piérard*, à l'hôpital depuis le 6 août, sont pris de
« purulence, Il en est de même du chasseur à pied *Vercruyssen*, et du chas-
« seur à cheval *Maladry*, qui, entrés pour affection légère, contractent l'oph-
« thalmie purulente le 26 août.

« L'ophthalmie purulente ne s'est montrée que dans cette salle, et l'oph-
« thalmie gonorrhoïque de *Michaux* a été le signal de son développement.
« Son influence était tellement grande, que le chasseur à pied *Lallemand*,
« envoyé à l'hôpital le 28 août, pour simple engorgement, et placé dans cette
« salle, offrait déjà, dès le lendemain, un commencement de purulence qui, à
« la vérité, a été promptement domptée ; dans les chambres voisines, pas un
« seul cas de purulence, et à la caserne, où nous avons tenu nos ophthal-
« miques pour éviter tout contact avec ceux de l'hôpital, nons n'avons eu au-
« cun cas à déplorer.

« Plus tard, quelques cas d'ophthalmie purulente s'étant améliorés, on
« déplace quelques individus qui se trouvent dans cette position pour les
« mettre dans un corridor attenant, au milieu d'ophthalmies légères. De ce
« nombre se trouvait *Michaux*, celui qui avait déja apporté le mal. Ce mi-
« litaire possédait encore un écoulement assez abondant, quoiqu'il eût perdu
« un œil. Le 25 septembre, l'homme qui occupait le lit contigu au sien, le
« chasseur à pied *Moreau*, qui était entré le 7 pour une ophthalmie légère
« et qui allait sortir comme guéri, éprouve le soir des douleurs dans les yeux,
« et le lendemain matin une ophthalme purulente des plus graves qui, en
« quelques jours, le rend aveugle. Le lendemain 27 septembre, le chasseur
« à pied *Fautrez*, placé à quatre lits plus avant, contracte une ophthalmie
« purulente à l'œil droit, qui amène promptement la désorganisation de
« l'organe : il était aussi sur le point de sortir de l'hôpital. »

Le second fait d'ophthalmie genorrhoïque, attribué à l'infection miasmatique, m'a été communiqué par un de mes amis, Monsieur le docteur L...., médecin à Diff... (Luxembourg).

Un homme de cette commune, veuf depuis quelques années, couchait habituellement avec son fils, lorsqu'il y a un an environ, ce dernier, alors âgé de six à sept ans, fut pris tout à coup d'une ophthalmie purulente qui passa rapidement à un degré d'intensité remarquable, et se compliqua du renversement des quatre paupières. M le docteur L.....,ayant été appelé, crut reconnaître, dans l'extrême intensité de la maladie, une ophthalmie gonorrhoïque ; peut-être même, comme il le dit, fut-il mis sur la voie du diagnostic par les allures gênées qu'il remarquait chez le père, qui, interrogé à ce sujet, avoue qu'il est atteint d'une gonorrhée, pour laquelle il s'est mis au régime et fait usage de tisane. M. le docteur L. ... adressa à cette ophthalmie le traitement actif que réclamaient son intensité et sa nature, et fut assez heureux pour sauver les deux yeux.

Lorsqu'on exsmine avec quelque attention ces deux faits, on voit qu'il est rigoureusement impossible d'en tirer les conclusions auxquelles sont arrivés MM. les docteurs Decondé et L..... En effet, dans l'observation rapportée par le premier de ces médecins, le

nommé *Michaux* contracte une gonorrhée, et quelques jours plus tard, l'œil droit s'enflamme et devient le siége d'une ophthalmie purulente grave. Est-ce à dire que cette ophthalmie soit virulente, spécifique, identique par sa nature avec la gonorrhée, par la seule raison qu'elle coïncide avec un écoulement urétral ? Certes, non... ; la déduction n'est ni logique, ni d'accord avec l'observatieu. Faut-il en rapporter le développement à l'application de la matière de la gonorrhée sur les conjonctives, à la sympathie, à la métastase, ou bien s'est-elle déclarée en dehors de toute influence de la part de la gonorrhée ? Nous ne trouvons dans le fait rapporté par notre honorable collègue, aucun élément propre à résoudre ces diverses questions, et indispensable cependant, pour arriver à quelques résultats positifs. Pour conclure à la transmission par voie miasmatique de l'ophthalmie gonorrhoïque, considérée comme affection spécifique, il eût fallu préalablement établir sur des données certaines la nature de l'ophthalmie du nommé *Michaux* ; car, dans l'hypothèse que cette affection reconnaisse une toute autre origine que l'inoculation directe, alors, comme nous l'avons démontré, elle n'a plus rien de spécifique, son histoire rentre dans celle des ophthalmo-blennorrhées oculaires en général ; et sa transmission par voie miasmatique, dans les nombreux faits acquis à la science.

Dans la seconde observation qui m'a été communiquée par M. le docteur L....., l'opinion de ce médecin distingué ne saurait avoir d'autre valeur que celle d'une simple assertion ; car on peut tout aussi bien admettre que l'enfant a contracté l'ophthalmie par contact direct de la matière gonorrhoïque, en se servant, par exemple, de la même serviette que le père, en se lavant dans la même eau, en s'essuyant la figure avec le même mouchoir, ou d'une toute autre manière aussi évidente. Adopter cette explication, c'est admettre un fait connu et accepté par la grande majorité des médecins : la transmission de l'ophthalmie gonorrhoïque par inoculation ; se ranger à l'avis de M. L....., c'est embrasser une opinion qui n'est encore qu'à l'état de simple assertion, qu'aucun fait ne démontre et qui est même contraire à ce que nous voyons se passer relativement à la gonorrhée dans les grands hôpitaux. Entre ces deux opinions, le choix ne saurait être un instant douteux.

Voici comment Ricord s'exprime sur cette question (*Bull. général de Thérapeutique* ; Décembre 1841) : « Si la vapeur blennorrhagi-
« que, dit-il, était susceptible de produire des ophthalmies spécifi-
« ques de même nature, il n'y aurait pas un malade de nos grands
« hôpitaux qui dût y échapper, et les chirurgiens, qui y ont toute la

« journée la tête penchée et l'œil fixé sur ces émanations impures « auraient bien souvent à se repentir de leur zèle. »

5° *Infection générale.*—Ce mode de développement n'est admis que par un petit nombre de médecins. Il ne paraît même pas que tous aient attaché le même sens, ni la même valeur à cette expression. Quoi qu'il en soit, si par là il faut entendre qu'une ophthalmie purulente puisse se présenter quelquefois comme manifestation plus ou moins immédiate de l'absorption du virus gonorrhoïque, nous ne saurions, pour notre compte, admettre ce mode de développement, parce qu'il est contraire à ce que nous connaissons de la marche du virus syphilitique dans l'économie. — Nous ne pensons pas, d'un autre côté, que les auteurs aient voulu entendre, sous cette dénomination, l'ophthalmie purulente qui se manifeste parfois chez les individus atteints de syphilis constitutionnelle et que nous avons rencontrée plusieurs fois concurremment avec des éruptions des bords palpébraux, l'iritis syphilitique, etc. ; des faits semblables ne sauraient être assimilés à l'ophthalmie gonorrhoïque.

CHAPITRE III.

Description, marche et terminaisons de la maladie.

L'ophthalmie gonorrhoïque affecte le plus souvent la forme aiguë ; quelquefois cependant elle débute par la forme lente et en quelque sorte chronique : sous l'une et l'autre forme, elle peut être syphilitique et non syphilitique.

1. *Ophthalmie gonorrhoïque aiguë.*— L'ophthalmie gonorrhoïque aiguë, quelle que soit sa nature, se caractérise par une inflammation violente des conjonctives palpébro-oculaires et par une sécrétion abondante de matière muco-purulente. Ces symptômes sont communs à toutes les ophthalmo-blennorrhées aiguës. Ce sont les seules que présente l'ophthalmie gonorrhoïque non syphilitique ; on trouve de plus dans l'ophthalmie purulente, qui participe des propriétés spécifiques de la gonorrhée, un caractère essentiel, pathognomonique : *le bubon pré-auriculaire.* Ces deux maladies se distinguent encore l'une de l'autre par quelques phénomènes secondaires sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir plus loin.

Traçons d'abord leurs caractères communs :

Nous distinguerons, avec quelques auteurs, trois périodes dans le développement de l'ophthalmie gonorrhoïque, considérée d'une manière générale, les périodes inflammatoire, blennorrhagique et de suppuration. Lorsque la maladie est très-intense, tout est si brusque, si instantané, si rapide, si violent, que ces trois périodes semblent

se confondre en une seule. Elles sont au contraire bien distinctes quand les symptômes se succèdent moins promptement.

1° *Période inflammatoire.*— La maladie débute par un sentiment de cuisson et de démangeaison aux bords et surtout aux angles des paupières, et par un état d'éréthisme oculaire plus ou moins prononcé. Le malade éprouve la sensation de corps étrangers roulant sous les paupières; il y a de la photophobie; les conjonctives s'injectent et les paupières se tuméfient. La paupière supérieure surtout présente, vers son bord libre, un renflement œdémateux et comme érysipélateux. A la fin de la première période, il survient de la réaction : le pouls est plein et fort, la peau chaude, la tête pesante et embarrassée ; il y a de la soif, de l'inappétence, etc.

Cette période est souvent fort courte : elle peut ne durer que quelques heures et même encore moins.

2° *Période blennorrhagique.* — L'inflammation gagne avec plus ou moins de rapidité la cornée, la sclérotique, les tissus profonds de l'œil et particulièrement l'iris et la choroïde. Toute la conjonctive prend une teinte d'un rouge uniforme; elle se ramollit, s'infiltre et devient en quelque sorte pulpeuse; elle se relâche de plus en plus, s'étend, se replie sur elle-même aux paupières et s'élève sur le globe de l'œil en un bourrelet rougeâtre, charnu, plus ou moins saillant, entourant la cornée dont il franchit quelquefois les limites. De leur côté, les paupières s'épaississent et s'allongent; la supérieure surtout acquiert souvent un développement tel qu'elle recouvre en partie l'inférieure; leurs mouvements sont douloureux et bientôt impossibles. Il arrive parfois que les conjonctives, fortement tuméfiées, soulèvent et écartent les paupières et se montrent à l'extérieur sous la forme d'une tumeur allongée transversalement, en forme de crête de coq ; ou bien, les paupières sont complétement renversées en dehors, et alors apparaît une masse rouge, fongueuse, excoriée, ulcérée, d'où suinte une matière purulente abondante ; dans ce cas, il devient difficile, impossible même de s'assurer de l'état du globe oculaire.—La sécrétion muqueuse, suspendue pour un instant pendant la période inflammatoire de la maladie, reparaît dans la période blennorrhagique ; elle est visqueuse et grisâtre d'abord, puis épaisse, abondante, d'un gris blanchâtre, crêmeuse, jaunâtre ou verdâtre ; tantôt dépourvue de toute âcreté, et d'autres fois tellement corrosive qu'elle enflamme et excorie les parties sur lesquelles elle s'épanche.— Les symptômes généraux augmentent avec les progrès du mal; une fièvre ardente s'allume, les douleurs deviennent intolérables, il y a de l'insomnie, de l'agitation et quelquefois même du dé-

lire.— Cependant, la cornée, atteinte par l'inflammation et inondée de matière purulente, perd sa transparence, se ramollit, s'ulcère et se déchire ; ou bien, étranglée par le bourrelet muqueux qui la cerne de toutes parts, elle tombe en gangrène, éclate et livre passage aux humeurs de l'œil. D'autres fois du pus s'accumule dans les chambres antérieures, et la cornée se détruit et se déchire comme il arrive dans l'empyème de l'œil.

3° *Période de suppuration.* — La déchirure de la cornée, qui forme les limites de la période blennorrhagique avec la période de suppuration, est suivie d'un mouvement de détente générale. Les douleurs cessent tout à coup, l'agitation et la fièvre ne tardent pas à disparaître, les tissus enflammés s'affaissent, la rougeur des conjonctives devient uniforme et laisse apercevoir la couleur blanche de la sclérotique; les vaisseaux s'isolent de plus en plus et finissent par disparaître. Plus tard la muqueuse reprend son aspect lisse, poli et nacré. Toutefois ces derniers changements ne s'opèrent que fort lentement, et longtemps les conjonctives, surtout les conjonctives palpébrales, conservent une coloration jaunâtre. En même temps que ces diverses transformations ont lieu dans la muqueuse, la sécrétion muco-purulente devient moins abondante, d'un blanc crêmeux, puis grisâtre, visqueuse, d'apparence aqueuse et enfin normale,

Revenons un instant sur la déchirure de la cornée.

Nous avons vu le mécanisme par lequel elle s'opère : les accidents qu'elle détermine ne sont pas toujours les mêmes et varient d'après l'étendue de la déchirure. Si elle est très-petite, de manière à donner lieu à un simple suintement de l'humeur aqueuse, l'iris, entraîné par la sortie de cette humeur, vient se mettre en contact avec les bords de la plaie. Deux choses peuvent alors arriver : si la maladie s'arrête dans sa marche, la cornée peut reprendre entièrement sa transparence, sauf au point de contact avec l'iris (*synéchie antérieure*); si, au contraire, le ramollissement de la cornée fait des progrès, l'iris se trouve insensiblement entraîné dans sa totalité vers cette membrane à laquelle elle finit par adhérer entièrement, d'où le *staphylôme sphérique général.* La déchirure de la cornée est-elle un peu plus étendue que dans le cas précédent ? L'iris se précipite à travers l'ouverture, et, suivant la portion engagée, il en résulte une tumeur plus ou moins volumineuse (*hernie de l'iris*, *staphylôme partiel*), avec effacement plus ou moins complet de la pupille, ou seulement déplacement de cette ouverture avec changement dans sa forme. La déchirure est-elle plus large encore ? Le cristallin et les humeurs s'échappent en totalité, et l'œil se vide ; la coque ocu-

laire revient sur elle-même, et se réduit après quelque temps en un petit moignon, qui se retire au fond de la cavité orbitaire.

Indépendamment des accidents plus ou moins fâcheux occasionnés par la déchirure de la cornée, on observe encore à la suite de l'ophthalmie gonorrhoïque les propulsions partielle ou générale de cette membrane, le leucôma, la synéchie postérieure, la cataracte capsulaire, l'asthénopie, l'amaurose, l'ectropion, l'engorgement chronique des conjonctives et des bords des paupières, etc., etc. Souvent il reste, après la disparition de tous les autres symptômes, une grande sensibilité des organes oculaires et une disposition à s'injecter à la moindre cause. En certains cas, les conjonctives palpébrales conservent pendant quelque temps un aspect tomenteux, sablé ou granulé; d'autres fois elles n'offrent rien de semblable; mais jamais l'ophthalmie gonorrhoïque ne laisse après elle de granulations vésiculeuses, à moins que le développement de ces productions morbides n'en ait précédé l'invasion.

Ces diverses terminaisons ne sont pas les seules dont l'ophthalmie gonorrhoïque soit susceptible : prise à temps et traitée comme il convient à sa nature et à sa gravité, elle se termine assez souvent sans accidents, par résolution.

Après avoir décrit la marche, les symptômes et les terminaisons de l'ophthalmie gonorrhoïque en général, entrons dans quelques détails sur les caractères qui distinguent celle qui est de nature syphilitique de celle qui ne l'est pas.

La première a pour caractère constant et pathognomonique l'existence du bubon pré-auriculaire ou parotidien, qu'on ne rencontre jamais dans la seconde. Ce bubon, qui se développe au début de l'ophthalmie, est situé à quelques lignes au devant de l'oreille, à la hauteur du tragus, quelquefois un peu plus bas; ordinairement il n'y a qu'une glande engorgée, d'autres fois on en trouve deux, placées l'une à côté de l'autre, de manière à se confondre en une seule tumeur. Quoi qu'il en soit, à cette époque le bubon est le plus souvent appréciable à la vue; son existence ne se dévoile que par le toucher. Bientôt il augmente un peu de volume, et, dès le troisième ou quatrième jour, il se présente sous la forme d'une petite tumeur ovalaire, légèrement saillante, douloureuse à la pression, de la grosseur d'une petite noisette, et *parfois* accompagnée d'une légère rougeur érythémateuse de la peau. Du huitième au douzième jour, la sensibilité est moindre; la rougeur, quand elle existe s'évanouit, le volume de la tumeur diminue de manière à n'avoir bientôt

plus que la grosseur d'un petit haricot. Le bubon se maintient en cet état longtemps encore après la disparition des dernières traces de l'ophthalmie, et finit enfin par se dissiper complètement au bout de plusieurs mois seulement. Une seule fois nous l'avons vu acquérir un volume plus considérable ; on comprend même que sous l'influence de certaines causes, il *puisse* parfois prendre un plus grand développement encore , suppurer, s'ouvrir et se comporter enfin comme le bubon en général. Outre ce caractère essentiel, il suffirait dans tous les cas pour distinguer l'ophthalmie gonorrhoïque syphilitique de celle qui ne l'est pas, on remarque encore dans l'invasion, la marche, les terminaisons de ces deux maladies des différences que nous allons tâcher de faire ressortir. L'ophthalmie gonorrhoïque virulente ou par inoculation présente une période d'incubation ; les premiers symptômes ne se manifestent ordinairement que 24, 36 heures, même trois ou quatre jours après l'application du principe contagieux sur l'œil. La matière sécrétée par la conjonctive ainsi enflammée jouit des propriétés spécifiques contagieuses et virulentes ; elle est d'un jaune-verdâtre et tache le linge comme le fait la matière de la gonorrhée. L'ophthalmie gonorrhoïque non syphilitique ne présente jamais de période d'incubation, selon le sens que l'on attache ordinairement à cette expression. Le muco-pus sécrété par les conjonctives n'est ni virulent ni véritablement contagieux ; il est ordinairement d'un blanc-jaunâtre. Nous avons quelquefois remarqué dans cette ophthalmie la formation de phlyctènes et de pustules sur la conjonctive oculaire, et jamais ce symptôme ne s'est offert à notre observation dans l'ophthalmie virulente. Une autre différence à établir entre ces deux maladies, c'est que cette dernière a une marche uniforme et que l'autre présente des mouvements d'exacerbation vers le soir. Toutes choses égales d'ailleurs , la réaction est moins prononcée dans l'ophthalmie gonorrhoïque syphilitique, ou par inoculation ; jamais cette maladie n'est précédée, ni même accompagnée dès son début de mouvement fébrile, ce qui a lieu quelquefois dans l'ophthalmie gonorrhoïque non syphilitique, lorsqu'elle survient à la suite de causes qui ont agi sur l'ensemble de l'organisme, lorsque, par exemple , elle se manifeste à titre d'affection catarrhale. On comprend aussi que des symptômes de syphilis constitutionnelle puissent survenir pendant le cours de l'ophthalmie syphilitique, ou plus ou moins de temps après, soit que l'infection de l'économie ait pu s'opérer en même temps par la muqueuse uréthrale et conjonctivale, soit que cette dernière voie ait été seule ouverte à l'absorption du virus.

L'ophthalmie gonorrhoïque débute tantôt par les deux yeux à la fois, d'autres fois par un seul œil. Le premier cas a lieu surtout lorsque l'ophthalmie reconnaît pour cause une sympathie étroite entre les muqueuse génitale et oculaire ; lorsque son développement se rattache à quelque prédisposition individuelle, à l'existence actuelle de quelque irritation ou inflammation des yeux, et aussi lorsqu'elle est la suite de la brusque suppression de l'écoulement génital, ou d'une influence catarrhale. Au contraire, lorsque l'ophthalmie est l'effet de l'application de la matière gonorrhoïque sur la conjonctive, elle débute ordinairement d'un seul côté. — Toutefois, hâtons-nous d'ajouter que ces distinctions n'ont rien d'absolu, qu'elles sont assez souvent démenties par les faits et qu'elles sont loin d'avoir toute l'importance qu'on a voulu en tirer. Quand l'ophthalmie se déclare à un seul œil, on voit assez fréquemment le second se prendre plus tard. Ce phénomène est dû soit à la sympathie qui existe entre ces deux organes, soit au transport de la matière purulente de l'œil malade sur l'œil sain ; d'autres fois, il y a un véritable déplacement de l'inflammation d'un œil sur l'autre. Le premier mode de transmission a lieu au début de la maladie, avant que l'inflammation ait acquis une grande intensité; le second s'opère surtout pendant les périodes d'accroissement et d'état, alors que la sécrétion des conjonctives est plus abondante, qu'elle jouit de propriétés irritantes ou virulentes plus prononcées ; le troisième cas ne se remarque guère qu'à l'époque où l'inflammation de l'œil primitivement affecté se trouve sur son déclin.

Deux questions se présentent actuellement à résoudre : à quelle période de la gonorrhée l'ophthalmie purulente se déclare-t-elle principalement, et quel est l'état de l'écoulement urétral après le développement de cette dernière maladie ?

L'ophthalmie gonorrhoïque non virulente ne se montre pas indifféremment aux diverses époques de la gonorrhée : celle qui reconnait pour cause la sympathie entre les muqueuses génitale et oculaire se développe surtout au début de l'écoulement de l'urètre ; au contraire, les faits attribués à la métastase, et que nous avons considérés comme n'étant le plus souvent que des phénomènes de simple révulsion, se manifestent de préférence à la fin de la gonorrhée, alors que l'écoulement qui la constitue, étant sur le point de disparaître, se laisse facilement déplacer par une inflammation même peu intense des organes de la vue. Quant à l'ophthalmie virulente, qui reconnaît toujours pour cause l'application de la matière gonorrhoïque sur les yeux, elle se déclare principalement pendant les pé-

riodes d'accroissement et d'état de l'écoulement génital, à l'époque où la maladie jouit au plus haut degré de propriétés contagieuses. L'état de l'écoulement génital, au moment de l'invasion de l'ophthalmie, varie beaucoup : le plus souvent il diminue d'une manière notable, quelquefois même il est complétement supprimé ; il arrive d'autres fois, qu'il n'est nullement modifié : nous n'avons jamais remarqué qu'il fût augmenté, comme le signale Rognetta ; mais il n'est pas rare de voir l'écoulement diminuer pendant un jour ou deux, puis reparaître plus abondant, sans qu'on ait rien fait pour obtenir ce résultat.

2. *Ophthalmie gonorrhoïque chronique.* — Cette forme de l'ophthalmie gonorrhoïque se caractérise par une inflammation légère des conjonctives palpébrales et par une sécrétion muco-purulente peu abondante. La maladie peut conserver ce caractère de bénignité pendant toute sa durée et se terminer sans accidents ; mais il n'en est pas toujours ainsi : elle entraîne quelquefois des suites fâcheuses, soit qu'elle conserve sa forme primitive, soit qu'elle passe à l'état aigu. Dans le premier cas, les progrès du mal sont lents, la cornée devient terne, elle se ramollit, s'ulcère ou tombe dans une espèce de détritus, par l'action directe de la matière purulente et non par l'extension de l'inflammation à cette membrane, comme on pourrait le supposer. Dans le second cas, la maladie, qui avait conservé pendant plus ou moins de temps une marche lente et insidieuse, revêt tout à coup la forme aiguë, en prend les caractères et aussi la gravité. Cette transformation survient ordinairement à la suite de causes irritantes, locales ou générales, telles que les fatigues, une marche forcée, des excès, un refroidissement, des corps étrangers introduits dans l'œil, l'usage intempestif de collyres, de pommades, de la cautérisation, etc. ; ou bien encore lorsqu'il y a eu suppression brusque de l'écoulement de l'urètre par une cause quelconque. Dans tous les cas, on peut voir survenir tous les accidents de la forme aiguë : le leucoma, les synéchies antérieure et postérieure, les staphylômes partiel ou général, la propulsion de la cornée, la fonte de l'œil, etc.

L'ophthalmie gonorrhoïque chronique peut aussi être syphilitique et non syphilitique. Les auteurs attribuent généralement cette forme de la maladie à l'inoculation de la matière gonorrhoïque sur l'œil, cependant cette cause n'est pas la seule qui puisse la déterminer ; comme le démontre notre cinquième observation, dont l'origine ne saurait être rapporté qu'à la réaction sympathique de la muqueuse génitale de la conjonctive.

Dans la forme chronique, comme dans la forme aiguë, les variétés

syphilitique et non syphilitique de l'ophthalmie gonorrhoïque reposent sur l'existence ou l'absence du bubon pré-auriculaire. Outre ce caractère, essentiel, fondamental, qui suffit dans tous les cas pour distinguer facilement l'une de l'autre, ces deux maladies offrent encore dans leur marche et leurs terminaisons des différences importantes à noter. C'est ainsi que l'ophthalmie gonorrhoïque syphilitique a une marche plus régulière et une durée plus limitée ; qu'elle est parfois assez rebelle et qu'elle a une tendance marquée à attaquer les tissus de la cornée ; l'autre au contraire est toujours une affection bénigne, tant qu'elle conserve la forme chronique ; sa durée n'a rien de fixe, c'est-à-dire qu'elle peut être de quelques heures seulement à plusieurs jours, ou même à quelques semaines ; en ce cas, elle suit les oscillations de l'écoulement uréthral, sous la dépendance duquel elle se trouve.

CHAPITRE IV.

Diagnostic.

Phénoménalement il n'y a aucun moyen de différencier l'ophthalmie blennorrhagique des autres blennorrhées oculaires, dit quelque part M. Fallot. L'examen que nous allons faire des caractères à l'aide desquels on a voulu fonder le diagnostic différentiel de cette maladie, va nous prouver que, jusqu'ici, l'opinion de cet illustre médecin n'a été nullement exagérée.

a) Tout est brusque, a-t-on dit, tout est instantané dans l'ophthalmie gonorrhoïque : début, marche progressive des symptômes, chémosis, suppuration et fonte de l'œil..... Cet argument n'a pas, il s'en faut, toute la valeur qu'on lui accorde généralement, car cette marche rapide et violente n'est pas la seule qu'affecte l'ophthalmie gonorrhoïque ; nous avons vu précédemment qu'elle revêt quelquefois une tout autre physionomie et se montre sous les apparences d'une affection lente et bénigne. Quelques auteurs, notamment J.-B. Scherrer et Schoën, ont décrit cette forme avec quelques détails, et nous en avons nous-même rencontré un exemple assez remarquable. (Voir Obs. VI). Au surplus ce caractère d'acuité appartient à d'autres ophthalmies, et spécialement à l'ophthalmie de l'armée. Quoi de plus brusque, en effet, de plus rapide, de plus violemment destructeur que cette maladie, telle que les médecins militaires belges l'ont vue régner il y a quelques années. Ainsi, des hommes qui, couchés bien portants, étaient pris du mal pendant la nuit, avaient le lendemain matin les deux yeux détruits. Voilà des

faits qui n'ont pas été rares. Nous n'avons pas vu dans notre pratique ni dans aucun auteur, que l'ophthalmie gonorrhoïque eût jamais atteint un plus haut degré de violence et de rapidité.

b) La plupart des médecins regardent comme un caractère propre à l'ophthalmie gonorrhoïque de n'affecter ordinairement qu'un seul œil, tandis que l'ophthalmie catarrhale purulente, celle des nouveau-nés et l'ophthalmie égyptienne envahissent presque constamment les deux yeux. Vecth, en parlant de cette dernière maladie, dit qu'il n'y a pas un cas sur mille où elle n'affecte qu'un seul œil. Nous ne saurions dire la même chose, actuellement du moins, de l'ophthalmie de notre armée, qu'on voit assez souvent se fixer d'un seul côté : l'Institut ophthalmique en renferme toujours des exemples. Au surplus, il s'en faut que l'ophthalmie gonorrhoïque se borne aussi souvent qu'on le prétend à un seul œil, et voici quelques chiffres qui le prouveront d'une manière non douteuse. Sur 19 cas d'ophthalmie gonorrhoïque que nous avons observés tant à l'hôpital militaire que dans notre pratique civile, 11 fois la maladie s'est montrée aux deux yeux, 5 fois à l'œil droit et 3 fois à l'œil gauche. MM. Cunier et Decondé sont arrivés à des résultats analogues. Nous avons cherché à connaître sur quelles données reposait l'opinion qui a cours dans la science, relativement à la fréquence plus grande de l'ophthalmie gonorrhoïque sur un seul œil ; or, dans un relevé de 197 cas, l'ophthalmie avait envahi 118 fois les deux yeux et 79 fois un œil seulement.

c) La coïncidence ou la préexistence d'un écoulement urétral, comme moyen de diagnostic, ne saurait être mieux jugée que par ce passage de Ricord (*Bulletin général de Thérapeutique*, décembre 1841). « Si l'on reconnaît avec nous, dit cet auteur, qu'une ophthal-
« mie catarrhale grave et semblable à l'ophthalmie dite vénérienne,
« puisse se développer sans l'existence d'une blennorrhagie géni-
« tale, on comprendra que ces affections puissent marcher en même
« temps, indépendamment l'une de l'autre, soit que la maladie ait
« commencé par l'urètre et fini par les yeux, soit que les yeux
« aient d'abord été affectés ; et cela sans chercher l'explication dans
« les phénomènes métastatiques, ou dans l'action directe d'une
« même cause pour les deux maladies, qui peuvent souvent n'a-
« voir que des rapports de coïncidence.»

d) Nous ne saurions avoir la moindre confiance dans les caractères différentiels qu'on a cherché à tirer de la couleur, de la consistance et de l'odeur de la matière sécrétée, car ils n'ont aucune valeur pratique.

e) L'aspect villeux, tomenteux, granuleux ou fongueux des conjonctives palpébrales se retrouve avec les mêmes caractères dans toutes les blennorrhées oculaires. Tant qu'aux granulations vésiculeuses, que nous avons si souvent rencontrées chez les militaires atteints d'ophthalmie gonorrhoïque, elles sont toujours le résultat d'un travail morbide spécial des conjonctives antérieur à l'invasion de l'ophthalmie ; car jamais, comme nous le démontrerons ailleurs, ces productions pathologiques ne se présentent comme résultat immédiat d'une ophthalmie purulente aiguë de quelque nature qu'elle soit d'ailleurs. Cette proposition, entièrement opposée aux idées généralement admises sur ce point de la science, paraîtra sans doute paradoxale ; mais elle constitue pour nous une vérité confirmée par des faits nombreux et des recherches multipliées. Ainsi, la seule conclusion que l'on puisse tirer de la présence des granulations vésiculeuses dans l'ophthalmie gonorrhoïque est que leur apparition a précédé celle de l'ophthalmie.

f) Que penser de la distinction qu'on a voulu établir entre l'ophthalmie d'Égypte ou des armées et l'ophthalmie gonorrhoïque, distinction fondée sur ce que la première commence par la conjonctive palpébrale et l'autre par la conjonctive oculaire, et même par l'une et l'autre à la fois, selon certains auteurs ? Il nous est tout à fait impossible d'accepter ces distinctions plus subtiles que vraies ; en effet, l'observation nous a appris que l'ophthalmie d'Égypte de même que l'ophthalmie gonorrhoïque débutent l'une et l'autre par la conjonctive palpébrale, lorsqu'elles affectent la forme chronique, et qu'elles envahissent d'emblée la muqueuse palpébro-oculaire dans toute son étendue, lorsqu'elles revêtent des caractères aigus.

g) L'inoculation avec le muco-pus provenant de l'ophthalmie gonorrhoïque est une opération que rendent inutile, dans la question qui nous occupe, les caractères tirés de la présence ou de l'absence du bubon pré-auriculaire. Nous ne saurions être entièrement de l'avis de Ricord, lorsqu'il dit *que si cette opération peut servir à distinguer d'une manière absolue la blennorrhagie du chancre, elle ne peut en rien éclairer le diagnostic de différentes ophthalmies entre elles.* En effet, pour bien apprécier les résultats de l'inoculation, il est important d'établir une distinction entre l'inoculation à la lancette dans l'épaisseur des tissus et la simple application sur des surfaces muqueuses. Dans le premier cas, et les résultats de nos expériences s'accordent en cela avec celles de Ricord, les inoculations que nous avons pratiquées sur différents points de la peau n'ont été suivies d'aucun résultat. Mais il n'en a plus été de même lorsque nous avons

porté sur une autre muqueuse la matière recueillie d'un œil atteint d'ophthalmie gonorrhoïque ; les conséquences de cette inoculation ont alors varié suivant que l'ophthalmie était *syphilitique* ou *non syphilitique*. Nous avons vu effectivement que dans le premier cas, la matière purulente appliquée sur la muqueuse génitale donne lieu à une inflammation de même nature, virulente, spécifique, accompagnée de l'engorgement des ganglions lymphatiques de l'aine; tandis que cette opération est restée stérile, ou n'a déterminé qu'une inflammation simple, lorsque la matière d'inoculation provenait d'une ophthalmie gonorrhoïque non syphilitique (p. 15). Le fait, rapporté par M. le docteur Cunier (*Annales d'Oculistique*, t. II, p. 541) d'une inoculation suivie de chancre, ne saurait s'expliquer que par la présence d'ulcères chancreux à la surface des conjonctives ou sur les bords palpébraux, car le chancre seul, ainsi que l'a démontré Ricord, peut produire le chancre.

Si nous résumons ce qui a été dit dans les chapitres précédents et dans celui sur le diagnostic de l'ophthalmie gonorrhoïque, nous arrivons aux conclusions suivantes :

1° Les caractères à l'aide desquels on a voulu établir le diagnostic différentiel de l'ophthalmie gonorrhoïque, pris isolément, n'ont pas la moindre valeur, et, considérés collectivement, ils ont tout au plus celle d'une simple probabilité;

2° La confusion qui a régné jusqu'ici sur cette question, n'a rien qui étonne ceux qui, comme nous, ont la certitude que, sous la dénomination d'ophthalmie gonorrhoïque, les auteurs ont décrit des maladies de nature essentiellement différente;

3° On doit distinguer une *ophthalmie gonorrhoïque syphilitique* et *une ophthalmie gonorrhoïque non syphilitique*. La première se caractérise par un symptôme constant, invariable, pathognomonique : le *bubon pré-auriculaire*, tandis que le diagnostic de l'autre se déduit de l'absence de cet engorgement ganglionnaire, et de plus de la coïncidence ou de la préexistence d'un écoulement génital (p. 25).

CHAPITRE V.

Pronostic.

L'ophthalmie gonorrhoïque est une des maladies qui compromettent le plus gravement et le plus rapidement les organes de la vue. Toutefois ses dangers varient suivant qu'elle est virulente ou non virulente, simple ou diversement compliquée ; qu'elle affecte une marche lente, chronique en quelque sorte dès le début, ou qu'elle

surgit d'emblée avec une grande intensité : ils varient encore d'après l'état de l'écoulement urétral, et surtout d'après l'époque où l'on est appelé à donner les premiers soins au malade.

a) L'ophthalmie gonorrhoïque, virulente au début, est une affection purement locale qu'on peut faire avorter par un traitement convenable. La présence du bubon pré-auriculaire, en dévoilant la nature de l'ophthalmie dès son principe, rend toujours le traitement abortif possible, si l'on est appelé assez tôt. La gravité de la maladie varie du reste beaucoup dans les différents cas : chez les trois individus auxquels nous avons donné des soins, une fois le mal a atteint la plus grande acuité, une autre fois il a été moins violent, et, chez le troisième malade (Obs. II), le traitement abortif appliqué dès le début a arrêté la maladie dans sa marche progressive et fait cesser toute suppuration au bout de 48 heures ; dans tous les cas, la terminaison a été heureuse ; mais pendant longtemps les trois malades ont conservé une grande sensibilité des organes oculaires.

L'ophthalmie gonorrhoïque qu'on rapporte à la métastase est celle qui présente généralement la plus grande violence, qui a la marche la plus rapide et les terminaisons le plus promptement funestes. Lorsqu'on a dit que tout est brusque, instantané, violent dans l'ophthalmie gonorrhoïque, c'est surtout de cette variété que l'on a voulu parler.

L'ophthalmie gonorrhoïque par sympathie s'annonce au début avec des symptômes modérés. Elle conserve ce caractère de bénignité tant que la cause qui l'a produite est aussi la seule qui l'entretient ; mais elle est susceptible, sous l'influence de certaines circonstances, d'atteindre plus ou moins rapidement une grande intensité comme la précédente.

b) En général, plus la maladie se montre violente dès le début et plus les accidents sont à craindre. Cependant, quelle que soit son intensité, si la cornée est encore intacte, si l'application des remèdes locaux n'est pas rendue trop difficile par la tuméfaction des parties, et si la gonorrhée n'est pas entièrement supprimée, on peut encore espérer de conjurer la maladie et de conserver l'œil intact par un traitement bien entendu.

c) Mais il n'en est plus de même lorsque l'ophthalmie est arrivée à la deuxième période ; lorsque la sécrétion purulente est abondante, que le gonflement des paupières et des conjonctives est considérable, et lorsque surtout la cornée présente déjà un commencement de ramollissement. Dans ces cas, quelles que soient l'activité et l'adresse que l'on déploie dans le traitement, on parvient rarement

à prévenir la fonte de l'œil. Sur les 19 malades que nous avons eu l'occasion d'observer, nous n'avons eu à déplorer que la perte d'un œil chez un malade, et la formation d'un leucôma chez un autre. Le premier était entré à l'hôpital au 5e jour de l'invasion de la maladie, et déjà la cornée était ramollie et comme infiltrée dans les deux tiers de son étendue ; le second se trouvait au 3e jour du début, et la cornée présentait aussi un commencement de ramollissement. Dans tous les autres cas, les cornées étaient intactes lors de notre première visite et, quelle qu'ait été la violence de la maladie, nous avons toujours été assez heureux pour l'amener à bonne fin.

d) Si l'individu atteint d'ophthalmie gonorrhoïque souffre en même temps de quelqu'autre maladie, ou se trouve sous l'influence de quelque disposition morbide, locale ou générale, l'affection oculaire pourra avoir une gravité qu'elle n'aurait pas eue chez un individu bien portant. Suivant les cas, cette influence fâcheuse pourra faire sentir ses effets immédiatement, ou à une époque plus ou moins éloignée de l'invasion de la maladie. L'ophthalmie, par exemple, se développe-t-elle chez un individu pléthorique ? Non-seulement l'inflammation acquerra une grande intensité, mais encore elle aura une tendance plus marquée à attaquer les tissus riches en vaisseaux et particulièrement la choroïde de l'iris. Survient-elle au contraire chez un individu scrofuleux ? La réaction inflammatoire sera moindre que dans le cas précédent ; mais les tissus auront une tendance plus grande à l'infiltration, et l'on aura davantage à redouter le chémosis œdémateux, le relâchement considérable des conjonctives et des paupières, et le ramollissement de la cornée. Si le malade échappe à ces premiers dangers, on verra se former des ulcères sur la cornée, le pannus, l'engorgement chronique des conjonctives et des bords palpébraux, etc. ? Enfin, l'ophthalmie gonorrhoïque se déclare-t-elle à une époque où l'individu éprouve d'habitude une atteinte de rhumatisme ou de goutte, une fluxion hémorrhoïdale, un épistaxis, etc., etc. Il pourra se faire que la fluxion dirigée vers les organes oculaires empêche ces mouvements critiques de s'établir. Dès lors, ceux-ci seront autant d'éléments morbides nouveaux, qui viendront ajouter à l'intensité et à la gravité de la maladie, et qu'on ne saurait négliger dans le traitement sans faire courir au malade les chances de terminaisons plus fâcheuses. Ces complications ne seront pas moins dangereuses, si, au moment de l'invasion de l'ophthalmie, l'individu est déjà en proie à une maladie quelconque, car on aura toujours à craindre que la

violence de l'affection oculaire ne détourne à son profit la fluxion fixée sur l'organe primitivement malade. Toutes choses égales d'ailleurs, le pronostic sera d'autant plus grave que l'ophthalmie atteindra un individu dont les yeux sont habituellement irritables, ont déjà plus ou moins souffert ou sont encore actuellement le siége de quelque travail morbide, si, surtout, ce travail est l'expression de quelque disposition dyscrasique, s'il occupe la cornée ou quelque partie située profondément.

Les dangers de l'ophthalmie gonorrhoïque ont leurs principales sources dans la violence des symptômes inflammatoires, dans l'abondance et les qualités virulentes, âcres, corrosives de la matière muco-purulente, et enfin dans les diverses complications qui peuvent exister.

a) Les accidents qui proviennent de l'intensité inflammatoire sont la propagation de l'inflammation à la cornée et aux tissus profonds de l'œil, la formation du chémosis phlegmoneux, et par suite la strangulation, le sphacèle, la rupture de la cornée, dont les conséquences sont sa dégénéressence staphylomateuse, la phthisie oculaire, etc.

b) Les dangers inhérents à la sécrétion de la matière muco-purulente, pour être moins immédiats , n'en méritent pas moins toute l'attention du médecin, tant à cause de leur gravité que de leur fréquence. Nous pensons en effet que la majeure partie des accidents qui surviennent à la suite de l'ophthalmie gonorrhoïque, ont pour cause le séjour de la matière purulente à la surface de la cornée : le ramollissement de cette membrane, son opacité, ses ulcérations, ses perforations, n'ont le plus souvent pas d'autre origine. Ces suites fâcheuses sont surtout à redouter lorsque le chémosis inflammatoire ou œdémateux a pris un développement tel, qu'il forme avec la cornée une espèce de cavité, qui s'oppose à l'écoulement de la matière purulente, laquelle inonde la surface de cette membrane ou s'insinue entre ses bords et le bourrelet muqueux.

c) Les diverses complications que nous avons signalées ont pour accidents consécutifs de rendre les symptômes inflammatoires plus intenses et surtout plus opiniâtres, de favoriser la transmission de l'inflammation aux tissus profonds de l'œil, de s'opposer à l'application efficace des remèdes, et de retarder la guérison par le passage de l'ophthalmie à l'état chronique, ou par la persistance de quelques symptômes plus ou moins graves après que l'ophthalmie a été combattue.

CHAPITRE VI.

Traitement.

1° *Traitement prophylactique.*— S'il est vrai, comme nous croyons l'avoir suffisamment démontré, que l'ophthalmie gonorrhoïque se développe surtout chez ceux qui, étant atteints de gonorrhée et ayant en même temps les yeux irritables, congestionnés, ou même phlogosés, s'exposent à l'influence des causes susceptibles d'enflammer les organes oculaires ou d'imprimer à l'affection déjà existante une marche plus aiguë, nous ne saurions trop recommander aux personnes qui se trouvent dans ces conditions d'éviter avec le plus grand soin tous les agents capables de réagir d'une manière fâcheuse sur ces organes, et de se soumettre au plus tôt au traitement que réclame la gonorrhée. Nous avons encore à la mémoire le fait suivant dont nous avons été témoin il y a quelques années :

Un homme portait depuis longtemps un engorgement chronique des paupières, avec développement de granulations, lorsqu'il vint à contracter un écoulement urétral pour lequel il réclama les soins du médecin. Celui-ci prescrivit le baume de copahu, recommanda la diète et l'usage de quelque boisson nitrée, etc., et porta en même temps le caustique lunaire sur les deux conjonctives. Une réaction extrêmement violente s'en suivit ; le même jour l'ophthalmie passa à l'état purulent, et l'écoulement urétral se supprima presque entièrement ; le lendemain la cornée de l'œil droit était complétement détruite ; deux jours plus tard, l'œil gauche subissait le même sort que l'œil droit et la vue était perdue sans retour.

Nous pourrions encore citer d'autres faits plus ou moins analogues à celui-ci, et où la cautérisation des conjonctives a été le point de départ de l'ophthalmie purulente. Chez le malade dont il vient d'être question, l'effet de la cautérisation a été trop immédiat, pour que l'on puisse attribuer le développement de l'ophthalmie purulente à une autre cause. Dans les cas ordinaires, lorsqu'on applique le caustique lunaire sur les conjonctives, il en résulte une réaction qui se dissipe plus ou moins vite, et dont on ne retrouve en général plus de traces après vingt-quatre ou trente heures ; mais dans l'observation que nous venons de citer, la réaction a été assez intense pour détourner la fluxion dirigée sur les organes génitaux au profit de l'ophthalmie, laquelle a pris un caractère de violence et de gravité qu'elle n'aurait sans doute pas revêtu sans cette dernière circonstance. Pour nous, lorsqu'un malade réclame nos soins pour un écoulement urétral, et qu'en même temps il est porteur de quelque affection légère ou chronique des organes de la vue, voici la conduite que nous tenons : nous lui recommandons de se soustraire à

toute influence susceptible d'aggraver l'affection oculaire ; nous prescrivons le repos, une diète plus ou moins sévère, le ventre est tenu libre, et lorsque l'inflammation de la muqueuse génitale commence à s'apaiser, que l'écoulement devient moins abondant, alors seulement, nous prescrivons à l'intérieur le baume de copahu, et, un peu plus tard, les injections dans le canal de l'urètre avec une solution légère de nitrate d'argent. Quand l'écoulement a cessé de quelques jours, nous opposons, sans crainte aucune, à l'affection oculaire la médication locale qu'elle réclame. Tant qu'au traitement abortif de la gonorrhée, conseillé d'une manière absolue par quelques médecins, nous croyons que si l'on peut y avoir recours au début de la maladie, lorsque l'écoulement urétral n'est pas encore bien établi, on courrait le danger, quand l'inflammation est devenue plus intense et l'écoulement plus abondant, de voir la suppression trop brusque du mouvement fluxionnaire fixé sur la muqueuse génitale tourner au profit de celui dont les yeux sont le siége, et donner lieu, comme du reste plusieurs faits l'attestent, à une ophthalmie purulente grave. Mais il n'en est plus de même lorsqu'une gonorrhée se déclare chez un individu dont les organes oculaires sont sains et ne présentent aucune prédisposition morbide ; ici le traitement abortif est indiqué, et l'on peut admettre comme généralement vrai, pour les malades qui se trouvent dans ces conditions, qu'ils seront d'autant moins exposés à contracter l'ophthalmie gonorrhoïque, que l'écoulement génital aura duré moins de temps.

La prudence exige que le médecin prévienne celui qui est atteint de gonorrhée, que la matière de l'écoulement génital est contagieuse, et que, portée sur les yeux, elle y détermine une inflammation violente, qui compromet toujours plus ou moins gravement l'intégrité de ces organes. Le malade, instruit du danger, évitera de porter les mains des parties génitales aux yeux; il aura soin que tous les objets servant à nettoyer les organes souffrants ou à y appliquer quelque remède, servent exclusivement à cet usage et soient mis hors de la portée de ceux qui l'approchent. On cite plusieurs faits relatifs à des personnes qui ont été atteintes d'ophthalmie gonorrhoïque, pour avoir porté aux yeux une serviette, une éponge, de l'eau, etc., qui avaient préalablement servi à l'usage d'une autre personne affectée d'écoulement gonorrhoïque des muqueuses génitale ou oculaire. Il sera également recommandé à tout individu atteint d'ophthalmie gonorrhoïque de s'abstenir de coucher avec une personne saine. Ricord (lieu cité) dit avoir observé un cas de blennorrhagie oculaire qu'il croit devoir attribuer à des oreillers souillés par la ma-

tière muco-purulente échappée de l'œil d'un malade. Allan (*Traité des maladies des yeux* , traduit de l'anglais par Laugier et Richelot. Paris, 1844, p. 323), rapporte un fait analogue.

(La suite à un prochain numéro.)

NOUVELLES MÉDICALES.

Les journaux politiques se sont occupés depuis quelque temps déjà de la prodigalité avec laquelle le Gouvernement accordait des décorations.

Sans prétendre examiner jusqu'à quel point ces observations sont fondées, nous pouvons, sans hésiter, faire une exception pour le corps médical : quelques-uns des membres de ce corps ont rendu des services signalés à la cause publique : et cependant, jusqu'à ce jour ils n'ont pas encore été compris dans la distribution des faveurs du Gouvernement.

Parmi ces hommes nous citerons Monsieur Le Bon, ancien pharmacien, membre de la Commission médicale du Brabant et ex-secrétaire de ce collége, qui pendant près de trente ans a rempli, avec le zèle le plus digne d'éloges, les fonctions qui lui ont été confiées, tant comme secrétaire, qu'en qualité d'examinateur permanent pour le jury pharmaceutique.

Tant de services, joints aux qualités du cœur les plus remarquables, ont engagé ses collègues à solliciter pour lui une distinction, qui devait d'autant moins se faire attendre, qu'à l'âge de Monsieur Le Bon on est pressé de se voir pendant ses dernières années, l'objet des marques ostensibles de la satisfaction du Gouvernement.

Il est à croire que l'occasion a manqué pour rendre justice au doyen des pharmaciens, et que sous peu, il recevra la récompense due à une vie consacrée presque tout entière à l'accomplissement de ses devoirs de fonctionnaire. X.

NOUVEAU SPÉCULUM ORIS. (1)

Ce petit instrument, qui nous a été communiqué par Monsieur le chevalier De Carro, médecin des eaux de Carlsbad, vient d'être perfectionné et reproduit par M. Bonneels notre habile fabricant d'instruments de chirurgie.

Il se compose d'un cercle en métal muni de boutons et d'une crémaillière, qui permettent de rétrécir et d'augmenter l'étendue de la circonférence selon les dimensions de la bouche.

Un prolongement, partant d'un des points de la circonférence, sert à abaisser la langue ; une petite languette située au point opposé permet à l'opérateur de manœuvrer convenablement l'instrument qui est solidement fixé entre les dents du patient.

On découvre ainsi avec la plus grande facilité la bouche et la gorge, et on peut, sans crainte d'être gêné par la langue, pratiquer toutes les opérations que réclament les organes situés dans la cavité buccale.

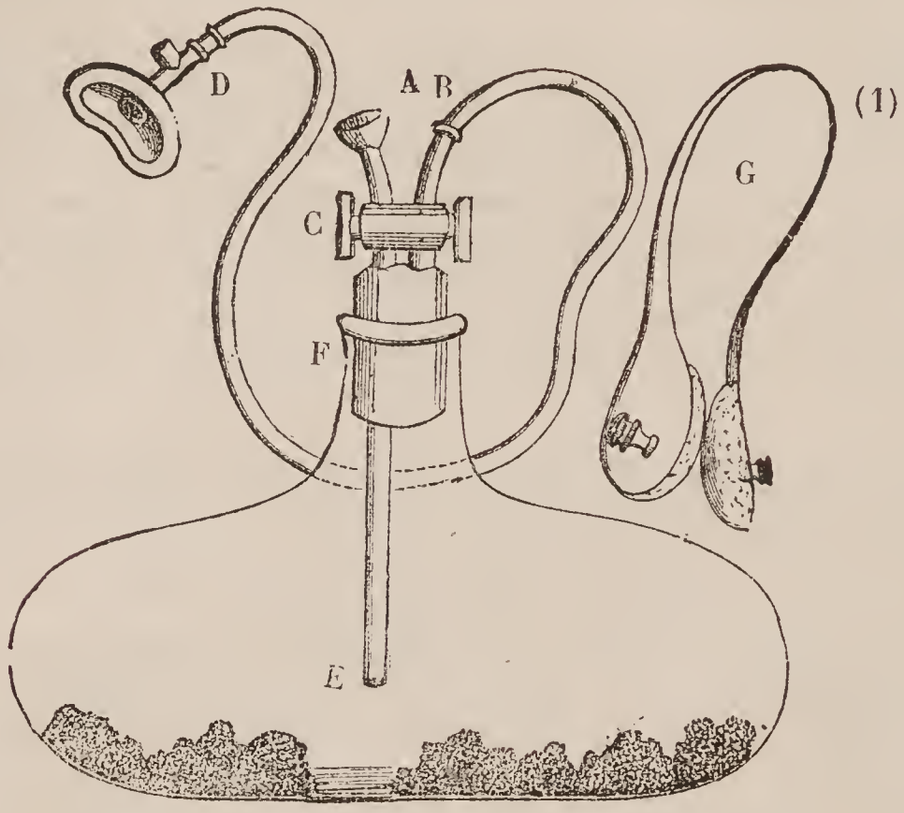
(1) Inventé par le docteur *Holt Yates* de Londres, maintenant établi en Syrie, et fondateur de la Société Syro-Egyptienne.

Les dentistes trouveront dans l'emploi de cet instrument des facilités pour l'exploration de l'appareil dentaire.

DES INSPIRATIONS DE VAPEUR ÉTHÉRÉE.

Les effets produits par l'inhalation des vapeurs éthérées n'ont pas toujours été identiques ; parmi les diverses causes qui peuvent avoir déterminé cette différence d'action, l'imperfection de l'appareil doit y être pour une large part.

Dans l'intention de parer à ces inconvénients, M. Charrière de Paris vient d'imaginer un appareil propre à rendre l'expérience plus facile et plus sûre. En voici la figure :



Ainsi qu'on peut le voir, le flacon contenant des morceaux d'éponge imbibés d'éther, est à très-large base et permet ainsi l'évaporation sur une grande surface. L'air atmosphérique, s'introduisant par le tube A E, arrive, chargé de vapeur éthérée, dans un conduit en cuir B D terminé par une embouchure. Celle-ci peut s'appliquer exactement sur la bouche, pendant que les narines sont maintenues fermées à l'aide d'une petite pince à ressort G. Un système de soupape, placé à l'extrémité libre du tube en cuir, permet d'inspirer les vapeurs éthérées et d'expirer l'air contenu dans la poitrine, sans déranger les rapports de l'embouchure du tube avec la bouche. Or, depuis que les chirurgiens des hôpitaux se sont presque tous servis de cet appareil, depuis que les conditions de l'expérience ont été sous ce rapport identiques, et aussi sans doute parce que cet appareil assure mieux que l'aspiration par le nez l'introduction des vapeurs jusque dans les poumons, presque aucun sujet n'est resté réfractaire à l'expérience. C'est un résultat, avoué par ceux-là même qui avaient été moins heureux dans leurs premières tentatives, et propre à accroître singulièrement l'autorité et l'importance du fait annoncé par les chirurgiens américains.

(1) Cet appareil se trouve chez Monsieur Bonneels, fabricant d'instruments de chirurgie, rue de l'Hôpital, à Bruxelles.

REPRODUCTION ET REVUE

DES

JOURNAUX ETRANGERS.

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

ANATOMIE. — 1. *Recherches d'anatomie comparée;* par le docteur DESCHAMPS (de Melun).

(Suite et fin : *voir* t. IX, septembre 1846, p. 12; t. X, octobre, p. 11; t. XI, novembre, p. 8.)

(Gazette médicale de Paris, N° 51 ; 1846.)

III. — *Des membranes muqueuse et caduque dans l'utérus des mammifères.*

L'existence d'une membrane muqueuse dans la matrice des mammifères est généralement admise. En effet, les anatomistes quelque peu habiles parviendront sans peine à décomposer les parois de l'utérus en trois plans membraneux superposés, muqueux, musculaire et séreux. Ils suivront par la dissection la continuité directe de la membrane muqueuse avec celle du vagin et avec celle des trompes de Fallope. La ténuité des tissus au passage des cornes dans les trompes utérines leur présentera seulement une petite difficulté à vaincre. On ne saurait douter qu'une structure si évidente n'ait été transportée par analogie des animaux à la femme, de même que par une analogie forcée on a transporté la caduque de la femme aux mammifères.

La couche interne de l'utérus présente, dans les animaux, tous les caractères génériques d'une muqueuse. Après des macérations préalables, je suis parvenu à séparer l'épithélium, le corps muqueux et le derme, avant, pendant et après la gestation : séparation de tissus plus difficile à l'époque du rut. C'est au niveau des plaques elliptiques ou des cotylédons rudimentaires que la préparation réussit le mieux : les qualités propres, inhérentes aux tissus élémentaires de la muqueuse, y sont plus marquées.

E. Weber, qui s'est beaucoup exercé sur la structure intime de la matrice des mammifères, a décrit des utricules ou follicules allongés, tubulaires, logés dans l'épaisseur des tissus et offrant des orifices libres à la surface de la muqueuse. Il suffit de presser

de dehors en dedans les parois utérines pour faire sortir le mucus par ces orifices libres. La muqueuse utérine des animaux est devenue le sujet des principales recherches pour découvrir rapidement, avec la loupe ou avec le microscope, les villosités, les éminences papillaires, les cils vibratiles, enfin les follicules muqueux. Sans le secours des instruments d'optique, on aperçoit clairement les nouveaux plis de la muqueuse dirigés selon l'axe longitudinal des cornes utérines, et surtout les fronces ou les plis circulaires très-nombreux du col de l'utérus chez les femelles qui ont déjà mis bas.

Les injections couvrent d'un réseau admirable toute l'épaisseur de cette muqueuse. Le lacis vasculaire général diffère des capillaires circonscrits, limités, rectilignes et qui forment les villosités utérines, villosités dont j'ai constaté la nature dans un travail sur les *canaux angéiophores*. Rappelons seulement que le développement des villosités utérines ou maternelles suit ou accompagne toujours le développement des plaques muqueuses en cotylédons. Ces villosités sont toujours logées dans l'épaisseur de la caduque constituée par l'épithélium et le corps muqueux hypertrophié.

La dénomination de *membrane caduque*, encore applicable aux *vertébrés monoplacentaires*, devient complétement fausse, comme nous le verrons, quand on l'applique aux *vertébrés polyplacentaires*.

Avant d'exposer nos recherches, jetons un rapide coup d'œil sur l'histoire anatomique de la membrane caduque des animaux, membrane tour à tour admise ou rejetée en ovologie. Haller fut le premier à soutenir qu'il existait un chorion velouté dans tous les quadrupèdes, même dans ceux qui manquent de placenta, comme, par exemple, le cochon : il ignorait la disposition des placentas multiples de cet animal. Après une analyse sévère et une connaissance très-positive de la membrane caduque, Hunter parvint à des résultats complétement opposés, c'est-à-dire qu'il refusa d'admettre l'existence d'une formation pseudo-membraneuse entre le chorion et la muqueuse, excepté chez le singe, dont l'utérus unique se rapproche de celui de la femme. Cuvier, Joerg et Lobstein se sont au contraire prononcés pour l'affirmative. Le dernier de ces auteurs assure même avoir vu une caduque générale dans la vache et dans la brebis. « Je ne l'ai pas trouvée aussi épaisse ni aussi développée que cet anatomiste, dit M. Moreau ; il est vrai que les brebis sur lesquelles j'ai fait des recherches étaient prêtes à mettre bas, ce qui fait que j'ignore entièrement la disposition de cette membrane dans les premiers temps de leur portée. »

M. Dutrochet nomme *épione* un fluide sécrété ayant l'aspect de lymphe plastique et recouvrant le chorion des carnassiers et des rongeurs. L'épione est, selon lui, la lame extérieure des deux couches signalées par Burns dans la caduque, lame externe appelée *decidua cellularis* par Bojanus, tandis que la couche interne serait sa *decidua spongiosa*.

La caduque de la femme est seulement divisible en deux feuillets distincts, en deux lames avec cavité centrale. C'est commettre une pétition de principe que d'établir une pareille division membraneuse dans la caduque des animaux, sans disséquer d'abord, sans montrer ensuite la pseudo-membrane elle-même.

Cuvier a reproché à M. Dutrochet d'avoir pris le chorion pour la caduque dans la description suivante : « L'œuf de la brebis est extérieurement enveloppé par une membrane non vasculaire, qu'on ne peut se dispenser de regarder comme l'analogue de la membrane de la coque de l'œuf des oiseaux et des reptiles. » Nous verrons si, comme le veut Cuvier, la coquille constitue la caduque anhyste des ovipares, ce qui a porté un ovologiste célèbre à dire : « Partout elle se présente sous l'aspect d'une couche également sans texture ; » et quant aux mammifères, il ajoute : « Il existe à la surface externe du chorion une lamelle tantôt presque fluide, tantôt assez consistante et d'une épaisseur considérable, d'une couleur verdâtre ou jaunâtre, lamelle que V.-D. Viel a rencontrée chez la vache, » prenant la *couche granuleuse*, que nous ferons connaître, pour une pseudo-membrane anhyste. M. Muller a dit de la caduque : « Elle existe aussi chez les animaux, mais moins développée. »

M. Bischoff ne trouve, dans le principe de l'évolution à l'intérieur de la matrice des lapines, des chiennes, de même que dans les ruminants et les pachydermes, qu'une vascularité plus grande dans le tissu utérin, avec une turgescence et une augmentation des villosités de la muqueuse. La caduque, continue-t-il, ne se forme, au moyen des glandes utriculaires, qu'au moment où l'œuf et l'utérus se mettent en relation intime, lorsque l'embryon se développe. Dans une préparation sur un œuf de vache contenu dans l'utérus, Dugès a disséqué l'épithélium utérin sans le connaître, et il l'a décrit comme une membrane anhyste constituant la caduque des animaux. Aussi trouva-t-il que la caduque adhérait plus à la muqueuse qu'au chorion.

L'origine ou la formation de la membrane caduque des mammifères est un dédale dans lequels se perdent les savants. Guide infidèle, l'analogie ne sert qu'à les égarer. En effet, une différence extrême distingue le mode de formation de la caduque

primitive de la femme avec celle des animaux, et c'est en vain que, depuis des siècles, on cherche une pseudo-membrane entre l'œuf et l'utérus des mammifères. Comment concevoir d'ailleurs l'exfoliation de la muqueuse utérine pour former la caduque de la femme, lorsque cette membrane, si évidente chez les animaux, persiste avant, pendant et après leur gestation?

L'origine de la membrane caduque des mammifères n'est pas où les anatomistes s'exercent à la découvrir. Dans tout l'espace périplacentaire, il n'y a véritablement qu'un liquide, variable en quantité et en couleur, qui s'oppose à la réunion des deux surfaces de l'épithélium muqueux et du chorion de l'œuf. Ce liquide ambiant, blanchâtre chez les vaches et la truie, verdâtre dans les chiens, légèrement brunâtre dans les rongeurs, lubrifiant les deux surfaces épithéliale et choriale, renferme des masses granuleuses qui se déposent à la périphérie de l'œuf et font perdre au chorion sa transparence. Ces dépôts granuleux, plus ou moins concrets, toujours faciles à briser au moindre contact du doigt ou du scalpel, disparaissant à certaines périodes de l'évolution de l'œuf, ont été pris pour une pseudo-membrane caduque chez les animaux. Comme on les a observés plusieurs fois chez les rongeurs et chez les ruminants, par exemple, et étendus à toute la surface de l'œuf, on a conclu qu'ils formaient une membrane caduque générale. J'ai étudié avec beaucoup de soin ces espèces de concrétions granuleuses, et, de même que plusieurs ovologistes, *je nie formellement l'existence d'une organisation pseudo-membraneuse dans une caduque générale chez les mammifères.* Ces concrétions anhystes n'ont par conséquent ni vitalité, ni vascularité, ni aucune trace d'organisation membraneuse. Le liquide, avec les concrétions granuleuses, constitue évidemment le seul corps isolant placé entre l'œuf et la matrice; d'où l'on peut dire avec précision que, dans les animaux vivipares, il n'y a qu'une couche granuleuse, espèce de *caduque primitive générale,* tour à tour *liquide* ou *concrète*, mais *non organisée*, caduque sans cesse soumise aux lois de l'exhalation et de l'absorption.

Le liquide périplacentaire représente fidèlement l'hydropérione de la caduque de la femme, toutefois avec cette différence, par rapport aux connexions, que l'ovule humain est séparé du liquide par la caduque réfléchie et que l'œuf des mammifères baigne au milieu de l'hydropérione avant d'avoir contracté une adhérence.

La mobilité de la couche granuleuse de ce liquide a fait croire à Dutrochet que la caduque disparaît dans les ruminants avant la

formation des cotylédons, dans les rongeurs plutôt que dans les carnassiers, et toujours avant la naissance. De même que Burdach, j'ai constaté que l'enduit muqueux ne disparaît jamais en totalité.

Privés d'une *membrane* caduque bifoliée ou organisée, membrane complétement inutile dans la position horizontale, car on n'a plus à rédouter une chute rapide et complète de l'œuf hors des organes génitaux, les mammifères sont uniquement pourvus de la membrane *caduque secondaire, locale , utéro-placentaire.* Le mécanisme , suivant lequel s'opèrent les connexions des surfaces végétantes du chorion et de l'utérus, se fait sur deux points distincts, semblables par leur origine, différents par leur mode de jonction des surfaces et par les lois qui les régissent.

Rappelons d'abord succinctement le mode de progression des œufs des mammifères. D'après les expériences de Graaf , de Cruisanck, de Prévost et Dumas, de Baër, de Parry, de Warthon Jones, et d'après ce que j'ai vu bien des fois, les œufs libres passent directement et sans obstacles de la cavité des trompes utérines dans les cornes de la matrice ; parvenus à l'organe gestateur, ils glissent à la surface de l'épithélium, de sorte qu'il est assez facile de les séparer et de les enlever de cette surface au moment de leur arrivée ; mais ils ne sont pas toujours errants et libres sur le plan interne de la membrane muqueuse. Les villosités maternelles sont pour ainsi dire des points fixes, comme aimantés, sur lesquels les œufs ne tardent pas à se placer après un temps variable selon les espèces. Une sécrétion muqueuse assez abondante, à l'endroit des houppes villeuses de la matrice, retient chaque œuf en position, et déjà cette agglutination est assez puissante, d'abord pour cacher les ovules à la vue par la masse de mucus exhalé, ensuite par l'adhérence des deux surfaces épithéliale et choriale. M. Bischoff a dit avant moi, quoique j'ai peut-être observé le fait avant lui chez les lapines, que l'on briserait plutôt l'ovule que de le séparer de la muqueuse, et qu'il faut au premier temps de l'évolution disséquer la muqueuse de dehors en dedans pour arriver à l'œuf intact. Cette agglutination de l'ovule et de la muqueuse est plus forte pour les lapines et pour les chiennes que dans les solipèdes et les ruminants.

Arrive bientôt le développement du placenta et en même temps arrivent les différences anatomiques dans les connexions ovo-utérines;

Examinons primitivement les rapports de l'œuf et de la caduque secondaire chez les *vertébrés monoplacentaires.* Si , au

moyen de l'avulsion, vous cherchez à séparer un œuf du point muqueux où il est adhérent, le placenta unique se partagera, se divisera en deux surfaces inégales, chagrinées, floconneuses, d'une faible cohésion et d'une épaisseur à peu près égale, l'une appliquée fortement au chorion, l'autre restant intimement unie à la muqueuse ou, pour dire juste, au derme. Dans cet arrachement placentaire, les éléments caduques de la muqueuse ont seulement été divisés, détruits, et l'élément dermeux est demeuré intact. En effet, ayant soulevé l'épithélium et le corps muqueux à une certaine distance du point d'avulsion placentaire, je suis arrivé à pouvoir séparer ces deux tissus élémentaires jusqu'à ce point, jusqu'à cette limite ; mais là les couches ou tissus caducs se brisent et s'enlèvent, de sorte que l'opération s'arrête par une véritable solution de continuité. En prenant de même le derme à quelques millimètres du placenta, comme je viens de le faire pour l'épithélium et le corps muqueux, on soulève aisément ce derme en membrane continue, ayant une surface floconneuse au point de l'insertion placentaire.

L'avulsion artificielle des surfaces conjointes dans l'utérus des vertébrés monoplacentaires est l'image fidèle de l'avulsion naturelle, normale, qui se fait au moment de la parturition. En examinant la muqueuse d'un utérus bifide de lapine, de chatte, de chienne, au moment de la parturition, on trouvera les vestiges de l'épithélium et du corps muqueux après cette exfoliation locale, ou par suite d'un arrachement spontané. Le derme, organe fixe et générateur des couches caduques de l'utérus, répare tellement bien le point de greffe animale que, sur les utérus de rongeurs et de carnassiers, longtemps après la sortie des petits, je n'ai plus retrouvé les moindres traces de la solution de continuité utéro-placentaire. L'épithélium et le corps muqueux avaient été reconstitués de toutes pièces par le derme.

Le corps muqueux hypertrophié est vasculaire à un très-haut degré. Il renferme des vaisseaux sanguins de deux ordres, de la mère et du fœtus, et par des injections habilement dirigées, on a prouvé que les deux ordres de vaisseaux ont des communications directes entre eux. Dans la séparation violente, soit artificielle sur les animaux vivants, soit naturelle au moment de la parturition, la caduque utéro-placentaire laise écouler du sang par les lumières des vaisseaux divisés. Par un mode spécial et très-important de structure, les villosités du chorion ne baignent pas dans un liquide particulier ; elles sont adhérentes au corps muqueux. L'épithélium a disparu ou s'est profondément modifié au moment de la conjonction ovo-utérine.

Les *vertébrés polyplacentaires* n'ont pas à proprement parler de membrane caduque. Par une disposition spéciale, jamais le corps muqueux et l'épithélium ne s'exfolient. Ces deux tissus élémentaires persistent pendant la gestation et après la sortie des petits, comme je m'en suis assuré par des recherches directes sur une jument et sur des vaches, des brebis, des chèvres et des truies.

Cependant l'épithélium et le corps muqueux changent et se modifient dans les plaques ou rudiments cotylédonaires. Chaque *plaque muqueuse* devient le centre d'une vitalité insolite. Le tissu du corps muqueux augmente de volume graduellement, acquiert des proportions variables et se trouve creusé par des sillons, espèce de canalicules profonds. Chez la vache et la brebis, par exemple, l'épithélium recouvre entièrement cette hypertrophie locale et se recourbe pour pénétrer jusqu'au fond des canalicules, sans aucune rupture ni solution de continuité. Les canalicules sont destinés à recevoir les villosités du chorion. On peut, comme je l'ai fait, s'assurer de la disposition de l'épithélium et du corps muqueux par les dissections après des macérations préalables; il faut pratiquer des coupes verticales pour suivre le prolongement de l'épithélium jusqu'au fond des canalicules.

Le nombre et le volume des cotylédons utérins sont toujours proportionnels à la quantité et à la grosseur des villosités choriales ou des cotylédons du fœtus. L'emboîtement des deux surfaces cotylédonaires et très-remarquable; chacun sait qu'il suffit d'un petit tiraillement pour obtenir la séparation ou l'énucléation de parties simplement contiguës, les villosités choriales baignant au milieu d'un liquide isolant dans les canalicules.

Au moment de la séparation cotylédonaire naturelle, le liquide seul s'échappe avec les villosités choriales, qui abandonnent les canalicules sans entraîner ni l'épithélium ni le corps muqueux. Il s'échappe quelquefois aussi des fragments des deux couches caduques localisées; mais il n'y a jamais chute complète des cotylédons et formation de cicatrices, comme l'a avancé Dugès. La cicatrice qu'il observa dans l'utérus d'une vache était le résultat d'un état morbide. Loin de s'exfolier et de laisser après elles des traces indélébiles de cicatrisation, les couches caduques de la muqueuse sont soumises aux lois d'une absorption graduelle, et reviennent à l'état primitif de plaques muqueuses. J'ai très-souvent suivi, à différents termes, la marche ascensionnelle du développement cotylédonaire dans ses éléments, épithélium et corps muqueux, jusqu'au maximum d'hypertrophie, pour revenir,

après des absorptions successives, aux plaques muqueuses dont j'ai indiqué ailleurs la structure.

L'organisation membraneuse du cotylédon constitue la trame organique du placenta utérin ou maternel, trame dans laquelle se développent les éléments vasculaires. Il y a dans cette structure un élément de plus que dans la caduque secondaire de la femme : c'est l'épithélium. Le rôle physiologique de ce nouvel élément n'offre pas de difficultés dans les espèces polyplacentaires, parce qu'il isole toujours l'œuf de l'utérus et persiste après la parturition. Mais par quel mécanisme se trouve résorbée ou modifiée la couche épithéliale dans les espèces monoplacentaires? J'ai fait à ce sujet des expériences qui prouvent que certaines surfaces épidermiques, sans être déchirées, peuvent se modifier et même adhérer l'une à l'autre après de violentes irritations. Les professeurs J. Cloquet, Blandin et Marjolin ont vu avec intérêt, chez moi, une chatte dont la peau du pavillon de l'oreille renversée était adhérente à elle-même. Si l'épiderme se modifie, il doit en être de même de l'épithélium, couche plus délicate et moins concrète.

La disposition de l'épithélium, dans la structure des cotylédons, jette un nouveau jour sur les rapports vasculaires de la mère et du petit. Lorsque la couche épithéliale est intacte, les *villosités du chorion* sont libres, isolées dans *les canalicules* et simplement *pénétrantes ;* les deux cercles circulatoires de la mère et du fœtus sont en rapport de contiguité : c'est le fait des animaux polyplacentaires. Quand l'épithélium est, au contraire, modifié au point de conjonction ovo-utérine, les *villosités* ne sont pas isolées ; elles deviennent *perforantes*. Les deux cercles circulatoires de la mère et du fœtus se mettent en rapport de continuité. Voilà sans doute la raison anatomique inconnue pour laquelle, dans les espèces monoplacentaires, le sang et le liquide des injections passent directement des villosités choriales dans les capillaires utérins, et sans solution de continuité. Remarquez bien que la modification de l'épithélium range ces dernières espèces dans le même rapport de communication vasculaire directe que l'embryon humain avec sa mère. Cette nouvelle preuve d'anatomie générale détruit les assertions fautives, erronées, d'un jeune médecin qui n'a pas su discerner, dans ma thèse inaugurale, l'historien de l'auteur d'une découverte.

Les œufs des ovipares et des ovovivipares (1) sont-ils pourvus

(1) Les *monotrèmes* sont des mammifères ovovivipares d'après Owen, parce qu'ils ont des œufs composés d'un vitellus, d'un albumen aqueux et d'une coque extérieure coriace ou gélatineuse sans adhérence avec les organes génitaux.

d'une membrane caduque? Posons en principe physiologique que la caduque doit nécessairement être une production membraneuse de l'utérus. Il deviendra dès lors évident qu'à l'exception des vivipares, tous les animaux vertébrés et invertébrés seront privés de ce lien maternel : lien membraneux, utile seulement aux œufs adhérents de la femme, et en général des mammifères.

Tout produit de sécrétion de l'oviductus, qu'il soit calcaire, coriace ou membraneux, mou ou gélatineux, constituera le chorion à ses divers états de composition ou de structure.

Ces vues physiologiques présentent des difficultés à surmonter. Harvey, de Graaf, Tiedemann, par une division anatomique un peu arbitraire, il est vrai, partagent l'oviducte en trois parties qui représentent la trompe, la matrice et le vagin des mammifères; ils appuient leur manière de voir sur des étranglements du conduit oviducteur et sur des particularités de structure et de fonctions : d'où il arrive que la coquille, par son lieu de formation, doit être analogue à la caduque. Carus et Cuvier nomment caduque, dans l'ordre de superposition des couches ovologiques, celle qui, située à la périphérie de l'œuf, l'enveloppe et le protége : ainsi la coquille des oiseaux, la coque dure et calcaire des chéloniens, l'enveloppe coriace, parsemée de points solides et pierreux des sauriens et des ophidiens, la coquille des escargots trouvée par Turpin, et dont les œufs des bulimes nous offrent un exemple si remarquable, seraient des caduques calcaires.

La coque dense, coriace, d'un tissu comme élastique divisible en deux lames chez les poissons osseux ; la membrane solide placée à la périphérie des œufs des poissons cartilagineux ovipares, membrane concrète, cornée, de forme quadrilatère avec des appendices contournés en vrilles à ses angles (1) ; la croûte plus ou moins coriace qui enveloppe les œufs des lézards et des serpents, des mollusques, des articulés, deviendraient des caduques coriaces.

L'oviducte, enfin, sécrétant une substance tremblante comme la gélatine ou le mucus, substance étrangère aux développements

Cette coque est le chorion pour Owen ; c'est la caduque pour Dugès. L'ovoviviparité a pour cause une exfoliation insensible de cette coque qui permet à l'œuf de contracter des rapports nouveaux d'après la grande loi des substitutions organiques.

(1) Ces appendices flexibles se recourbent l'un sur l'autre aux deux pôles de l'œuf : pôles fermés par une membrane mucilagineuse destinée à être rompue par la queue du petit embryon au moment de l'éclosion. C'est dans une dilatation anguleuse et à parois glandulaires de l'oviducte que les œufs des raies, par exemple, se moulent et prennent leur forme et leur couche cornée.

des batraciens, anoures et urodèles, constituerait une caduque molle ou gélatineuse.

Des *organes collatéraux* aux organes de la génération sécrètent des matières glutineuses, visqueuses, pour agglomérer les œufs en masse comme dans les mollusques gastéropodes pectinibranches; ou bien une humeur molle pour réunir les œufs des planaires, humeur qui se solidifie sous forme d'éponge chez les sangsues; ou bien une toile soyeuse comme l'araignée la construit pour rassembler ses œufs; ou enfin les poils de l'abdomen que des lépidoptères s'arrachent pour placer mollement le produit de leur ponte. Les œufs agglomérés, réunis en un seul tout, ont représenté à Dugès l'image « d'un œuf véritablement unique, mais à plusieurs germes. » Il n'y a qu'un pas, d'après ce savant, de la capsule à loges membraneuses dont accouche la blatte en une seule fois, à l'ensemble lamelleux que fabrique la mante en déposant successivement chaque couche d'œufs entre des couches de mucus desséché. Cette enveloppe collective ayant sa source hors des voies génitales, et provenant de la sécrétion ou du produit d'*organes collatéraux*, ne saurait être ni le chorion ni la caduque : c'est un nid. En Chine, les hirondelles sécrètent un mucus particulier, selon le docteur Yvan : mucus ou gélatine qui, en se concrétant, sert à fabriquer ces fameux nids tant vantés par leur succulence. Dans l'histoire du *Nidamentum*, Burdach s'éloigne de la vérité en disant : « Ainsi nous rapprochons la caduque des nids des ovipares. » Le nid est le berceau créé par l'instinct des parents, et il y a loin d'un acte d'industrie à l'exfoliation spontanée, ovologique, des couches caduques de l'utérus.

En résumé : 1° la muqueuse de la matrice des mammifères est divisible comme celle de la femme en épithélium, corps muqueux et derme.

2° Privés d'une membrane caduque générale organisée, les mammifères ont une *caduque locale*, analogue à la membrane utéro-placentaire de la femme.

3° Cette caduque, circonscrite, localisée, formée par l'épithélium et le corps muqueux hypertrophié, constitue la trame organique des cotylédons ou placentas maternels.

4° L'espace périplacentaire est entièrement rempli par un liquide plus ou moins concret, variable en quantité et en couleur, pour empêcher l'adhérence du chorion à l'épithélium.

5° L'œuf arrive libre sur la muqueuse utérine, et contracte une adhérence par *simple contiguïté* de surfaces dans les espèces polyplacentaires, et par *continuité absolue* dans les espèces monoplacentaires.

6° Dans les rapports de contiguïté, la caduque locale, cotylédonaire, revient graduellement à l'état naturel par suite de l'absorption des couches hypertrophiées. Dans les rapports de continuité, il se fait une exfoliation de la caduque secondaire et une régénération de l'épithélium et du corps muqueux, de même que chez la femme.

7° Les mammifères possèdent seuls une membrane caduque. Tous les ovipares et les ovo-vivipares en sont dépourvus.

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQ. ET CLINIQ. MÉDICALES.

PATHOLOGIE INTERNE. — 2. *Recherches cliniques sur les causes organiques et le mécanisme de production des affections appelées hystériques;* par CH. SCHUTZENBERGER, professeur de clinique interne à la Faculté de Strasbourg.

(Suite et fin : *voir* t. VI, juin 1846, p. 27 : t. VII, juillet, p. 37 ; t. XI, novembre, p. 20; t. XII, décembre, p. 14.)

(Gazette médicale de Paris, N° 43 ; 1846.)

Nous abordons maintenant une autre série de faits cliniques qui demontrent que l'affection désignée, dans l'état actuel de la science, par le nom d'hystérie, procède quelquefois, très-souvent même, de conditions spéciales des organes de l'innervation.

Nous l'avons déjà dit et nous le répétons, rien n'annonçait, dans les cas relatés, un état pathologique quelconque, ni du système nerveux en général, ni des organes centraux.

Sans doute il faut admettre, pour qu'une excitation locale se propage, des conditions organiques favorables à cette propagation, pour que des mouvements réflectifs se développent, il faut admettre, ce qui du reste est un fait démontré, que la moelle, en vertu de son organisation, possède la faculté de transmettre les excitations sensitives qui lui arrivent à un des nerfs moteurs qui en émanent. Cette *réflectibilité* est sans contredit variable, suivant la constitution organique primitive, sans cesser d'être physiologique.

Il est des individus qui, en raison de leur constitution nerveuse, tombent en convulsions quand on leur chatouille la plante des pieds, et d'autres qui n'éprouvent rien de pareil sous l'influence de la même cause. Leur *susceptibilité* diffère, mais elle n'est pas pathologique dans le premier cas, et cela n'empêche certes pas que l'excitation des nerfs sensitifs de la plante des pieds ne soit la cause essentielle des accidents provoqués sous leur influence. Il en est de même dans certains cas de l'excitation locale qui provoque le

spasme hystérique ; elle peut provoquer réflectivement, en raison de la constitution nerveuse primordiale, des phénomènes convulsifs qu'on n'observe pas chez d'autres malades, sans que la moelle épinière ou le système nerveux en général soient dans des conditions *pathologiques spéciales*.

L'effet d'une cause excitante ne dépend pas seulement de la nature et de l'intensité de cette cause, mais encore, et avant tout, de la *disposition* ou du degré d'*excitabilité* de l'organe ou des organes excités. Cette disposition peut incontestablement varier dans de certaines limites, sans cesser d'appartenir à l'état de santé ; mais elle peut aussi devenir *pathologique* ou *morbide*, et nous la considérons comme telle quand les *excitants habituels* produisent des *effets insolites extraordinaires*.

Or, il est incontestable que certains états pathologiques qui, eux aussi, portent le nom d'hystérie, sont précisément caractérisés par une excitabilité morbide, soit du système en général, soit plus spécialement de la moelle épinière seulement.

L'excitabilité morbide, qu'il ne faut pas confondre avec l'excitation, représente un état pathologique *sui generis*. Ce n'est pas un être imaginaire inventé pour les besoins de la théorie, c'est un fait reconnu par tous les bons observateurs.

Ce fait a sans doute sa raison d'être dans l'organisation nerveuse et dans les modifications que cette dernière peut éprouver ; mais ces modifications, nous ne les connaissons pas ; nous n'en connaissons que quelques causes éloignées ; aucun anatomiste n'a pu saisir les variétés d'organisation qui président incontestablement aux différences de l'excitabilité physiologique ; les conditions matérielles de l'excitabilité pathologique sont tout aussi inconnues. Tout ce que nous savons de positif, c'est que, sous l'influence de certaines causes éloignées, le système nerveux se trouve dans des conditions spéciales, en vertu desquelles les causes excitantes les plus légères, les excitants physiologiques mêmes, provoquent localement des manifestations fonctionnelles qui, à l'état normal, ne surviennent pas dans ces circonstances. C'est ainsi qu'une simple pression produit dans les nerfs sensitifs une impression douloureuse, et des *hypéresthésies* plus ou moins généralisées se manifestent comme caractères dynamiques de l'affection.

D'un autre côté, les excitations locales, si facilement éveillées qu'elles paraissent spontanées, agissent elles-mêmes comme causes excitantes des organes centraux. La *réflectibilité* est exagérée de telle sorte que toute excitation locale périphérique retentit, si je puis dire, au loin, et se trouve réfléchi par

les organes centraux sur d'autres nerfs sensitifs ou moteurs.

Dans ces conditions organiques, l'excitation locale la plus légère peut provoquer des perturbations fonctionnelles étendues, les *points de départ* des troubles de l'innervation se *multiplient*, et par cela même perdent de leur *importance pratique*.

L'excitation locale devient encore cause de spasmes, mais elle ne joue plus qu'un *rôle secondaire* et ne représente plus l'*élément essentiel*, la cause organique principale de la perturbation fonctionnelle.

L'excitabilité morbide peut être localisée exclusivement dans la sphère sensitive, et dès lors ne produit pas de convulsions hystériformes, tout en se révélant par des perturbations fonctionnelles variées. L'utérus et les ovaires ne jouent absolument aucun rôle dans cet état, et c'est à tort qu'on lui a imposé le nom d'*hystéricisme*. Dans l'hypocondrie chez l'homme, quoiqu'elle se caractérise plus spécialement par l'état mental des malades, l'existence d'une excitabilité pathologique est un fait incontestable, et c'est cet élément commun entre l'hypocondrie et certaines affections dites hystériques qui a fait confondre ces deux affections par tant d'hommes distingués. Mais, pour l'hypocondrie, la question est de savoir si les foyers de sensibilité névralgiques ou d'excitabilité sensitive sont consécutifs à l'état mental, comme le pense M. Dubois (d'Amiens), ou si, comme nous inclinons à le croire, au moins pour certains cas, l'état mental, la *nosomanie* hypocondriaque n'est pas l'effet des sensations anormales que les excitants physiologiques provoquent incessamment dans le domaine des nerfs sensitifs.

Il est inutile de rapporter beaucoup d'observations pour mettre en évidence la spécialité de l'état pathologique en question. Chaque praticien a observé de ces femmes dites nerveuses, véritables sensitives pour lesquelles les excitants physiologiques sont devenus de véritables causes de torture. Souvent idiopathiquement développé sous l'influence d'une hygiène physique et intellectuelle vicieuse, cet état s'enchaîne d'autres fois comme élément consécutif à d'autres causes organiques. Les plus fréquentes sont sans contredit l'anémie chlorotique, et l'anémie consécutive à certaines maladies aiguës. Je n'en rapporterai pas d'exemple, je me hornerai à l'observation suivante, qui représente l'excitabilité sensitive dans sa plus grande simplicité.

Obs. VII.—Burges (Catherine), âgée de 45 ans, sœur au couvent du Bon-Pasteur, entra dans notre service le 20 janvier 1845. D'une constitution primitive délicate, habituellement bien réglée, et ayant joui autrefois d'une assez bonne santé, cette personne,

sous l'influence d'une vie de privation et de pénitence, vit depuis plusieurs mois sa santé s'altérer; d'abord elle devint excessivement impressionnable, et cette impressionnabilité augmenta notablement à la suite d'une frayeur éprouvée quelques semaines avant son entrée; des sensations douloureuses variées se développèrent tantôt à la tête, tantôt dans la poitrine ou l'abdomen.

A l'examen de la malade, nous constatons l'état suivant : peu d'embonpoint, membres grêles, face un peu pâle, muqueuses normalement colorées; appétit conservé, digestion facile, selles régulières, abdomen souple, indolent pourtant, menstruation régulière; rien du côté de la poitrine, seulement la malade se plaint d'éprouver quelquefois des palpitations avec bouffées de chaleur, matité précordiale et bruits du cœur normaux; pouls petit et vif, sub-fréquent; pas de souffle carotidien; troubles dans la vision, vertiges, bourdonnements fatigants dans les oreilles, douleurs continues avec exacerbations s'étendant depuis la nuque jusqu'au sommet de la tête, et se faisant sentir, comme par battements isochrones, avec ceux du pouls. La douleur suit assez bien la direction du nerf occipital et auriculaire postérieur gauche. Il n'existe cependant pas de point douloureux à la pression; quelquefois le col est comme roide, parce que les mouvements augmentent la douleur. La malade s'effraye au moindre bruit, et son moral est d'une grande impressionnabilité; souvent insomnie.

Un vésicatoire appliqué à la nuque produit une syncope pendant l'action de l'emplâtre irritant, et, plus tard, un mouvement fébrile qui se manifeste ne peut être rattaché à aucune autre cause excitante.

Dans la suite de l'observation, les troubles de sensibilité se multiplient et changent souvent de place; outre les douleurs de tête, on note des agacements et des tiraillements douloureux dans les membres, des gastralgies, de l'hypéresthésie dans différentes parties du tronc, au dos, au sternum, dans la région épigastrique, des dysuries douloureuses; quelquefois des palpitations, mais *jamais* de phénomènes convulsifs; menstruation toujours régulière, *jamais d'ovaralgie*. Tout se borne à une alternance de lésion de sensibilité, à des sensations douloureuses qui, à peine calmées d'un côté, se manifestent ailleurs. L'exploration la plus attentive ne démontre aucune lésion d'organe, la malade est faible, délicate, incapable de travailler, mais non chlorotique.

Depuis seize mois, des médications variées, telles que ferrugineux, toniques, calmants, bains, etc., etc., n'ont amené que

des améliorations momentanées. L'état général ne s'est pas aggravé, mais il persiste avec ses manifestations phénoménales variées, et tout semble faire croire à son incurabilité.

Les faits de ce genre ne sont rien moins que rares; il en est certainement qui offrent des lésions de sensibilité autrement localisées, plus générales encore, et qui, s'étendant à la sphère sensoriale et affective, ont servi à compléter cet indigeste ensemble de phénomènes, considéré comme une des expressions symptomatiques de l'*hystérie*.

En relatant l'observation précédente, nous avons voulu simplement montrer que cet état organique que nous appelons *excitabilité sensitive* peut exister seul, idiopathiquement, si l'on préfère cette expression, et qu'il représente un état pathologique *sui generis* qui n'a rien de commun avec l'excitation des organes de la génération, un élément pathologique enfin qu'il faut apprendre à connaître dans sa simplicité, afin de le retrouver, par l'analyse rationnelle, dans les cas complexes de l'observation clinique.

Nous avons prouvé jusqu'à présent par des faits que, d'un côté, des excitations nerveuses et locales et notamment celle des ovaires sont susceptibles de reproduire *réflectivement*, et sans autre état pathologique concomitant appréciable, des perturbations fonctionnelles généralement considérées comme caractérisant l'*attaque hystérique*. Nous avons prouvé, d'un autre côté, que le système nerveux peut subir une modification spéciale, inconnue dans son élément matériel, mais qui se caractérise, dynamiquement, par une excitabilité morbide plus ou moins généralisée. Nous avons prouvé de plus que, *localisé* dans la sphère sensitive, cet état représente un *élément* pathologique *particulier* qui peut exister *idiopathiquement* ou s'enchaîner comme effet à l'anémie, sans produire d'accidents spasmodiques analogues à ceux de l'excitation ovarique propagée. Mais il suffit d'un peu de réflexion pour comprendre :

1° Que l'excitabilité morbide étendue aux organes centraux, et notamment à la moelle, représente incontestablement la *condition organique* la plus favorable à la *propagation* des excitations locales;

2° Que les excitations locales se développeront elles-mêmes d'autant plus facilement et même sous l'influence des simples excitants physiologiques, que les nerfs périphériques participent davantage et dans une sphère plus étendue à l'excitabilité pathologique.

Or, ces deux causes organiques se trouvent incontestablement

quelquefois combinées et représentent dès lors des états pathologiques complexes, offrant, d'un côté, les caractères permanents, non équivoques, de l'excitabilité plus ou moins généralisée; de l'autre, ceux d'excitations locales incontestablement propagées et jouant le rôle de causes productrices des attaques.

Les cas les plus simples de cette catégorie sont ceux où l'excitabilité morbide de la moelle épinière se trouve associée avec l'excitation ovarique. En voici un exemple :

Obs. VIII. — Bodemer (Marie), de Willé, âgée de 18 ans, brune lymphatique, fortement constituée, soumise à d'assez bonnes conditions hygiéniques, mais menant une vie sédentaire, s'était, sauf quelques irrégularités dans la menstruation, toujours bien portée, lorsque, sans cause connue, elle fut atteinte pendant le mois d'avril d'accès convulsifs hystériformes. Ces accès pendant six semaines revenaient journellement, quelquefois une, d'autres fois plusieurs fois dans la journée; leur durée et leur intensité étaient variables.

Avant les attaques, la malade ressentait dans l'abdomen, sans pouvoir spécifier la place, une douleur se transformant en boule qui, remontant de la région épigastrique au col, était suivie d'étouffements, de perte de connaissance incomplète et de convulsions généralisées.

Dans l'intervalle des attaques, fatigue, excitabilité générale, agacements fréquents dans les membres, palpitations de cœur, douleur épigastrique, appétit capricieux et digestion difficile.

Lors de l'entrée de la malade, le 30 octobre 1843, sept mois après l'invasion, on constate l'état suivant : Facies pâle, lèvres peu colorées, pouls subfréquent, battements du cœur, souffle carotidien continu et grande impressionabilité morale. A la pression des apophyses épineuses des sixième, septième et huitième vertèbres dorsales, douleur assez vive ; cette douleur n'irradie pas ailleurs et ne provoque pas de phénomènes réflectifs. La région épigastrique est également douloureuse, mais la pression ne provoque pas d'accès. Le reste du ventre est indolent à l'exception de la région *ovarique gauche*. Une pression même légère exercée dans ce point provoque une douleur vive, et presque immédiatement après la sensation de constriction épigastrique, des spasmes de la glotte et du diaphragme, enfin des convulsions généralisées avec perte incomplète de connaissance.

Cette expérience répétée à différentes reprises, entre autres en présence de notre collègue M. le docteur Hirtz, reproduit constamment la même succession phénoménale. Plusieurs fois, la propagation s'est effectuée avec la rapidité de l'éclair, de telle

sorte qu'entre la douleur ovarique provoquée et les convulsions, il n'y avait que l'intervalle de quelques secondes, et que les douleurs épigastriques et la sensation de boule faisaient complétement défaut. Certaines impressions morales, la frayeur produite par la chute d'un corps, la contrariété, etc., faisaient aussi naître rarement des attaques, mais jamais nous n'avons pu les produire en agissant ni sur les vertèbres dorsales ni sur l'épigastre. La médication qui nous avait réussi dans les cas de simple excitation ovarique propagée, les lavements d'assa fœtida, les vésicatoires volants, l'assa fœtida à l'intérieur, etc., restèrent complètement sans effet.

Sous l'influence d'un traitement ferrugineux par les pilules de Vallet, nous avons vu le souffle carotidien disparaître, la coloration de la peau redevenir normale et la menstruation se régulariser : mais les phénomènes nerveux persistaient toujours avec le même caractère et la même intensité.

L'assa fœtida repris à haute dose, la valériane en poudre et en infusion, les pilules de Méglin et d'autres antispasmodiques, tous continués chaque fois pendant plusieurs semaines à dose croissante, ne furent pas plus efficaces. Jusque vers la fin de février, les attaques persistèrent avec le même caractère et la même violence. A cette époque, nous commençâmes par ordonner le matin et le soir des lotions froides, des immersions froides pendant les attaques, et enfin des bains froids deux fois par jour de cinq à dix minutes chacun. A l'intérieur, on prescrivit le chlorure d'étain : d'abord administré à la dose de 5 centigr., il fut successivement porté jusqu'à 40 centigr. Sous l'influence de cette médication, l'excitabilité générale diminua, les attaques devinrent de plus en plus rares, plus courtes et moins violentes. Le 10 mai la malade quitta l'hôpital pour se rendre à la campagne. La pression ovarique et vertébrale était encore douloureuse; des attaques très-légères de perte incomplète de connaissance avec spasmes de la glotte, mais sans convulsions généralisées, se manifestaient encore tous les dix jours et pouvaient également encore être provoquées à volonté. Mais l'amélioration obtenue nous fit espérer que, sous l'influence de la vie de la campagne et des bains froids, cette jeune fille guérirait tout à fait de sa cruelle affection.

Il suffit de réfléchir aux détails de cette observation pour apprécier les éléments constitutifs du cas spécial. Sans doute ici encore l'ovaralgie propagée était la cause organique productrice la plus fréquente ; mais cette sensibilité extrême de l'ovaire n'était-elle pas elle-même, comme celle des vertèbres et de l'épi-

gastre, l'expression de l'excitabilité morbide des nerfs sensitifs? D'un autre côté, la facilité même dans la propagation de l'excitation locale doit faire admettre une exagération de la *puissance réflective* de la moelle, une *excitabilité pathologique* de cet organe central. L'anémie chlorotique ne paraît pas avoir été la cause première de cet état dynamique des organes nerveux; car il a persisté au même degré après la disparition des signes caractéristiques de l'anémie. Mais il est possible, et certes il en est souvent ainsi, que l'excitabilité pathologique de la moelle ne soit néanmoins qu'un état consécutif, développé sous l'influence même de la production des attaques primitivement provoquées par l'excitation toute locale de l'ovaire. Cette idée n'a rien qui ne cadre parfaitement avec les lois connues de la dynamique nerveuse. La dextérité merveilleuse d'un Listz n'a pas d'autre raison d'être que celle de la facilité de reproduction des mouvements pathologiques. Dans une direction donnée, les mouvements sont d'autant plus faciles à exciter qu'ils se sont déjà reproduits un plus grand nombre de fois. Cet état acquis des organes, que nous appelons *habitude*, est une des lois de l'activité nerveuse qui trouvent plus d'une application en pathologie.

En vertu de cette *excitabilité*, évidemment morbide, et aussi très-souvent en vertu de cette facilité de plus en plus grande de la moelle de reproduire, sous l'influence de faibles excitants, les mouvements pathologiques dont elle a pris l'*habitude*, se développent, chez beaucoup de femmes dites hystériques, des *foyers multiples* d'excitation susceptible d'être propagée et réfléchie dans une même direction. *Dans ces cas*, les attaques naissent non seulement sous l'influence de l'excitation ovarique; elles se développent encore avec une facilité extrême sous l'influence d'impressions morales; on *peut les faire naître* quelquefois par la pression de la région épigastrique, par la pression du dos, dans les différents points enfin où les nerfs sensitifs sont atteints d'hypéresthésie. Tout récemment nous avons vu une fille chez laquelle la pression du nerf frontal et sous-orbitaire droit, à leurs points d'émergence, produisait des pertes de connaissance avec tremblement convulsif; quelquefois enfin une impression quelconque, n'importe sur quel nerf sensitif, produit le même effet. Citons des faits. En ce moment encore nous avons dans nos salles une malade, chez laquelle existaient trois foyers de sensibilité dont l'excitation est susceptible de se propager dans une même direction et reproduit constamment la même série de phénomènes. Voici le résumé de cette triste histoire.

Obs IX.—Haeffner (Elisabeth), actuellement âgée de 36 ans,

d'une constitution grêle, impressionnable, avait été maladive dans son enfance. A l'âge de 12 ans, deux années avant sa première menstruation, elle éprouvait déjà, à la suite des fortes émotions, survenant par des causes légères et quelquefois sous l'influence de la marche, des tremblements convulsifs de la mâchoire inférieure, des claquements de dents, des palpitations, des étouffements. La menstruation, qui s'établit à 14 ans, n'exerça pas d'influence sur ces accidents qui paraissaient de loin en loin, et que la malade considérait comme inhérent à sa constitution.

Après son entrée à l'hôpital civil en 1830, à l'âge de 24 ans, pour un point douloureux de la poitrine, les accès augmentèrent notablement d'intensité et de fréquence à la suite de l'application d'un vésicatoire ; ils étaient toujours caractérisés par le même tremblement de la mâchoire et des étouffements. Dans l'intervalle des attaques, déjà à cette époque, la malade était tourmentée par des phénomènes de sensibilité divers, tels que douleurs dorsales, épigastriques, agacements douloureux dans les membres, etc., etc. Traitée pour une *irritation spinale* par des antispasmodiques divers, des ventouses le long du rachis et des vésicatoires volants, elle n'obtint aucune amélioration de ces médications.

Depuis six ans seulement, les accès ont fréquemment débuté par une sensation douloureuse qui, partant des parties inférieures du ventre, remontait le long du col sous forme d'une boule.

Espérant qu'une grossesse modifierait, comme on le lui avait fait croire, sa triste situation, elle devint enceinte en 1839. Pendant la gestation, les accès étaient effectivement devenus plus rares ; mais ils reparurent avec la même intensité et la même fréquence à la suite de l'accouchement. Admise dès lors dans la salle des *épileptiques*, elle resta confondue sans traitement, depuis cette époque, avec les malheureuses atteintes de cette cruelle affection. C'est de là que nous avons fait sortir cette femme pour l'admettre dans les salles de la clinique, le 4 avril 1845.

Voici le résumé de notre propre observation.

Constitution grêle et délicate ; embonpoint conservé, mais peu considérable ; intelligence parfaite et très-développée ; grande sensibilité ; fonctions digestives en bon état ; rien d'anormal à l'exploration physique des organes de la poitrine ; menstruation assez régulière.

A l'examen de la colonne vertébrale, on constate de la douleur vive à la pression de toutes les apophyses épineuses cervicales et dorsales ; la douleur est surtout intense à la nuque. En

continuant la pression, il survint un tremblement convulsif de la mâchoire inférieure, produisant un claquement de dents plus fort que celui du stade de frisson de la plus forte fièvre intermittente. Ce phénomène, qui dure près d'une minute, est suivi de constriction du pharynx et de la glotte, puis d'une toux analogue à celle de coqueluche. Le spasme de la glotte augmente, et la malade, en proie à une anxiété extrême, fait de vains efforts d'inspiration ; la face devient bleue et gonflée ; la femme se tord et comprime, pour se soulager, avec les deux poings, la région épigastrique. Après les efforts d'inspiration, nous remarquons une série de hoquets suivis d'éructations, puis de souffle, avec efforts considérables d'expiration. Les accès d'étouffement continuent et semblent menacer d'asphyxie prochaine ; enfin tout se termine par l'expuition d'une grande quantité de *mucosité spumeuse*. Pendant l'accès, l'auscultation ne fait découvrir aucun bruit vésiculaire ; le pouls est fréquent, vif et petit. Intelligence parfaitement conservée et réponses par signes. Aucun autre phénomène spasmodique que ceux mentionnés ne se manifeste ; mais des convulsions, des mouvements forcés de la respiration, se produisent dans une certaine succession et avec une remarquable intensité.

Quelque temps après, nous cherchons à compléter notre observation par l'exploration de l'abdomen ; en voici le résultat. Le ventre est généralement un peu sensible à la pression ; mais la région ovarique droite l'est à un degré extraordinaire. En la comprimant, la douleur irradie vers l'estomac et s'y concentre sous forme d'une constriction douloureuse. A cette sensation succède celle d'une boule et du resserrement du pharynx ; on cesse la pression, et les phénomènes se suspendent. A la reprise de la pression ovarique, les mêmes sensations se reproduisent. Cette fois elles sont suivies de la succession des mêmes phénomènes respiratoires spasmodiques que ceux précédemment mentionnés, à l'exception du tremblement de la mâchoire qui fait défaut dans la série, mais qui se reproduit plusieurs fois, comme phénomène initial, dans des expériences ultérieures.

Nous constatons un troisième foyer d'irradiation dans la région épigastrique, dont la pression, également très-douloureuse, provoque des attaques ; c'est à volonté que les accès peuvent être produits par l'excitation des trois points mentionnés, et la malade, comme toutes les hystériques que nous avons examinées jusqu'à présent, le sait si bien qu'elle nous a instamment prié de ne plus répéter ce genre d'investigation dans les points douloureux.

Les accès se produisent fréquemment en outre : 1° à la suite d'impressions morales ; 2° en partant du ventre par des sensations douloureuses spontanées ; dans ce cas les accès ne sont pas toujours complets ; 3° à la suite d'une sensation d'inquiétude et de crispation générale ; 4° à la suite d'impressions sensoriales un peu vives ou brusques.

Les attaques reviennent tous les quelques jours ; quelquefois il se passe une à plusieurs semaines, mais l'époque menstruelle les ramène sûrement. Les intervalles ne sont jamais complétement libres. Des phénomènes de sensibiliié variés tourmentent la malade : ce sont des douleurs de tête, de la sensibilité à la lumière, au bruit ; des bourdonnements d'oreille, des tiraillements douloureux dans les membres, dans l'abdomen ; des oppressions de poitrine, de la constriction à la base du thorax, des palpitations, des frissonnements, des bouffées de chaleur, etc., etc.

Depuis plus d'un an que cette malheureuse fille est soumise à notre observation, des médications variées, qu'il serait trop long d'énumérer, ont été employées, sinon sans produire de soulagement, au moins sans succès durable.

Évidemment, dans ce cas complexe, les éléments pathologiques sont multiples.

1° Nous retrouvons au plus haut degré, dans l'intervalle des attaques, tout cet ensemble phénoménal qui caractérise *l'excitabilité sensitive* : état pathologique que nous avons vu exister seul et moins généralisé chez la nommée Burges (obs. VII).

2° Plusieurs foyers permanents de sensibilité névralgique susceptibles d'irradier l'excitation, et de produire avec une facilité extrême des attaques convulsives de la respiration.

3° Par conséquent une *excitabilité morbide* incontestable de l'appareil central, qui réfléchit avec une merveilleuse facilité, dans une même direction, toutes les excitations qui lui arrivent.

Après cela, qu'on appelle encore cela de l'hystérie, nous le voulons bien ; mais qu'on ne confonde pas les états pathologiques de ce genre avec ceux précédemment décrits. Sans doute il y a de l'analogie dans la perturbation fonctionnelle, de l'analogie dans le mode de production des attaques ; mais il existe aussi des conditions organiques spéciales, expérimentalement susceptibles d'être déterminées. Il y a là quelque chose de plus qu'une simple excitation locale propagée : il y a un état général du système, une excitabilité qui n'est *plus adéquate avec les causes excitantes physiologiques*. Aussi quelle différence dans le pronostic ! quelle différence dans les indications thérapeutiques ! Ce n'est plus une excitation locale qu'il s'agit de combattre ou d'enlever. Pour gué-

rir, il faudrait pouvoir refaire la constitution nerveuse par une ordonnance hygiénique toujours difficile, mais impossible dans un hôpital.

Obs. X. — Au fait que nous venons de rapporter, nous pouvons ajouter celui d'une autre malade, qui depuis plus d'un an, est atteinte de convulsions hystériques d'une remarquable intensité. L'affection, nerveuse à la suite d'une frayeur, s'est caractérisée dès le début par une remarquable *excitabilité* pathologique de la moelle et des nerfs qui en émanent. Chez cette malade aussi existaient en permanence plusieurs foyers de sensibilité susceptibles de propager l'excitation périphérique. On a pu faire naître des attaques convulsives : 1° par la pression de la région ovarique gauche ; 2° par la pression de l'épigastre ; 3° par celle du dos ; 4° dans certains moments, l'hypéresthésie est généralisée dans l'abdomen, et le moindre attouchement provoque des douleurs vives et des spasmes de la glotte.

M. le professeur Romberg mentionne l'observation d'une jeune Polonaise atteinte depuis longtemps d'hystérie. Les accidents nerveux, singulièrement aggravés à la suite de la section de la plique, pouvaient être provoqués, sous forme de convulsions généralisées, avec la rapidité de l'éclair, par le plus léger attouchement. « A peine, dit Romberg, avais-je appliqué le doigt pour examiner le pouls, que tout aussitôt il survenait du clignotement des paupières, des phénomènes spasmodiques des muscles, de la respiration et du larynx. « Brodie rapporte plusieurs observations d'hystériques, chez lesquelles la pression du *sternum* suffisait pour produire des attaques convulsives. « Il n'est nullement nécessaire, ajoute Romberg qui signale ces faits, que l'impression soit douloureuse ; mais une excitation brusque semagir plus fortement. L'excitation cutanée n'est pas la seule qui puisse produire des convulsions ; d'autres irritations, et notamment les irritations gastriques, sont susceptibles de provoquer des attaques. J'ai souvent observé que l'acte de la défécation suffit quelquefois pour faire naître l'attaque hystérique. » Que l'on admette comme vrai ce qu'avance Romberg, ou que l'on s'en tienne à ce que nous avons positivement constaté, non pas une, mais un très-grand nombre de fois, il faut nécessairement en conclure que, dans l'ordre de cas de ce genre, l'irritation périphérique à foyers multiples, ovarique, épigastrique ou autre, n'a plus qu'une importance secondaire, et ne joue véritablement plus le rôle de condition organique essentielle, mais seulement celui de cause occasionnelle. La condition organique réelle, la cause veritablement essentielle, celle qui ramène incessamment la perturbation fonc-

tionnelle, c'est l'état d'excitabilité pathologique des nerfs sensitifs d'abord, puis aussi et surtout *celle de la moelle* ; c'est l'exagération, dans une direction donnée, de cette propriété physiologique de l'organe médullaire, en vertu de laquelle il est susceptible de transmettre aux nerfs moteurs l'excitation qui lui arrive par les nerfs sensitifs.

Il y a donc aussi quelque chose de vrai et de fondé dans cette idée, qui veut que le système en général et les organes entre eux en particulier soient malades *dans l'hystérie :* seulement, faute d'analogie physiologique suffisante, on a méconnu la nature de l'affection d'abord ; puis on a étendu à tous les cas ce qui n'est vrai que pour quelques-uns.

Conclusions. — En résumant les idées théoriques et pratiques, qui découlent naturellement des considérations qui précèdent et des observations cliniques recueillies, nous croyons pouvoir établir les propositions suivantes :

1° La dénomination d'hystérie a, historiquement, deux significations : l'une symptomatique, l'autre étiologique.

2° Sous le point de vue symptomatique, l'hystérie n'est rien moins qu'un état pathologique rigoureusement déterminé ; car, si tous les auteurs proclament l'extrême variabilité de son expression phénoménale, les uns la restreignent plus spécialement aux attaques convulsives plus ou moins généralisées, tandis que d'autres l'étendent à presque toutes les perturbations nerveuses observables chez les femmes ; de sorte qu'en pratique le diagnostic symptomatique et purement nominal est lui-même souvent une déception, personne ne sachant au juste ce qu'il faut entendre par hystérie.

3° Envisagée sous le point de vue étiologique, l'hystérie n'est pas plus exactement spécifiée. Si l'on n'est pas d'accord sur les symptômes, on l'est encore moins sur leur cause. Admise par induction seulement, et ne pouvant généralement pas faire l'objet d'un *diagnostic pratique*, l'idée étiologique n'a eu guère de la rigueur scientifique que l'apparence.

4° Dans ces circonstances, sans rompre avec la tradition, il peut paraître licite de secouer son joug trop pesant, de s'affranchir des étreintes de la *spécification plus nominale que scientifique* qui domine le libre essor des recherches, et d'étudier les perturbations fonctionnelles nerveuses, moins en nosologiste qui cherche les variétés d'une maladie donnée et connue, qu'avec l'esprit indépendant du clinicien physiologiste.

5° D'une première série de recherches faites dans cet esprit, il résulte :

A. Que certaines excitations nerveuses locales, le plus souvent continues, peuvent devenir la cause organique de perturbations fonctionnelles intermittentes, se traduisant sous forme d'attaques ou d'accès convulsifs plus ou moins généralisés, avec ou sans perte de connaissance, sans que les organes centraux ou le système nerveux, en général, soient atteints d'un état pathologique permanent démontrable.

B. Que, chez les femmes, l'excitation ovarique est la cause la plus fréquente de ce genre de perturbation, dont le mode de production est analogue à celui de tous les mouvements réflectifs et s'explique par la même loi physiologique.

C. Qu'on peut, cliniquement, reconnaître l'existence de cette cause et la réalité de son influence par l'excitation mécanique de l'ovaire, dont la compression profonde produit localement de la douleur et réflectivement le phénomène des attaques.

D. Que d'autres excitations locales sont susceptibles de produire des phénomènes analogues, et qu'une investigation attentive pourra révéler ces foyers d'excitation locale.

E. Que, dans leur état de simplicité, les excitations locales propagées, et notamment l'excitation ovarique sont des affections peu graves, à moins qu'elles ne soient négligées ou ne soient elles-mêmes liées à des états organiques incurables.

F. Qu'en pratique, il est de la plus haute importance de déterminer la cause de l'excitation nerveuse locale qui souvent n'est pas consécutive.

G. Que pour l'ovaire, elle peut dépendre d'une congestion, d'une inflammation, d'une dégénérescence, ou être purement nerveuse ou névralgique.

H. Que, bornée sur ces données, l'indication causale de la perturbation nerveuse est double et doit avoir pour but : 1° de faire disparaître l'affection qui détermine l'excitation locale, si cette affection est appréciable ; 2° de diminuer directement l'excitation ou l'excitabilité des nerfs qui représentent le foyer de l'irradiation.

I. Que les moyens de remplir la première indication causale sont variables, comme les causes elles-mêmes (ovarite, irrégularité dans la congestion menstruelle, hypérémie, névralgie, etc., etc.).

J. Que certaines substances, et notamment l'assa fœtida, le castoreum, le galbanum, paraissent exercer une influence sédative sur l'excitabilité ovarique ; mais que leur emploi n'exclut en aucune façon l'application d'autres agents empruntés aux prin-

cipes généraux de la thérapeutique en vue de calmer une excitation nerveuse locale.

K. Que la perturbation nerveuse intermittente ou l'accès n'offre que des indications secondaires et palliatives ; que leur retour cesse avec l'excitation locale qui joue le rôle de cause, à moins que, sous l'influence même de la reproduction fréquente de la propagation pathologique, il ne se soit développé *consécutivement* une excitabilité morbide de la moelle, susceptible dès lors d'être mise en jeu par de simples excitants physiologiques, cas qui, quoique consécutif à de simples excitations locales fréquemment propagées, constitue néanmoins un état pathologique tout nouveau.

6° Une seconde série de recherches cliniques nous autorise à rattacher une foule de perturbations fonctionnelles, développées dans la sphère sensitive, à un *état pathologique* spécial, inconnu dans son élément matériel, mais dynamiquement caractérisé par une *excitabilité exagérée* des nerfs sensitifs. La dénomination d'hypéresthésie, déjà admise dans la science, peut servir à désigner cette condition organique.

A. On peut reconnaître cliniquement l'existence de cette condition organique, *quand les excitants physiologiques* ou *des causes légères d'excitation* produisent dans les nerfs sensitifs des manifestations fonctionnelles qui paraissent *spontanées* ou *exagérées*.

B. Cet état organique nerveux est quelquefois idiopathique, lié à la constitution primitive ou développé sous l'influence d'une hygiène mal entendue. Dans ces cas, l'hygiène offre aussi à peu près seule les plus précieuses ressources à la thérapeutique. Les médicaments, employés en vue de diminuer directement l'excitabilité générale, ne procurent qu'un soulagement momentané, et le traitement des excitations locales ne peut être considéré que comme symptomatique et purement palliatif.

C. D'autres fois l'excitabilité morbide des nerfs sensitifs est la *conséquence et l'effet de l'anémie simple ou chlorotique*. C'est là ce qui a pu faire dire, avec une exagération qui n'en renferme pas moins un grand fond de vérité, que la chlorose domine toute la pathologie nerveuse de la femme ; que l'hystérie n'est qu'une espèce de chlorose, ou, comme le veut Sydenham, la chlorose une affection hystérique.

La médication dirigée contre la *cause* de l'excitabilité pathologique est seule efficace et curative. Le *fer* peut être considéré comme le remède souverain de ces maux de nerfs, tandis que les médications dirigées directement contre l'excitabilité ou les ex-

citations nerveuses ne sauraient remplir qu'une indication secondaire et palliative.

7° Une troisième série d'observations cliniques révèle l'existence d'un état pathologique plus complexe, dans lequel l'hypéresthésie se trouve associée à un état morbide particulier de la moelle, inconnu dans son élément matériel, mais dynamiquement caractérisé par une *excitabilité pathologique*, en vertu de laquelle la *propriété réflective* de cet organe se trouve exagérée et que l'on peut sans inconvénient appeler *excitabilité réflective.*

A. Cet état complexe se reconnaît au lit du malade : 1° par les caractères précédemment attribués à l'hypéresthésie; 2° par l'existence d'un plus ou moins grand nombre de *foyers permanents* de sensibilité, dont l'*excitation artificielle et mécanique* est susceptible de produire avec facilité des *mouvements réflectifs* sous forme d'accès ou d'attaques convulsives.

B. Comme pour l'hypéresthésie simple, l'anémie simple ou chlorotique joue souvent le rôle de cause de l'excitabilité réflective spinale; mais cette dernière peut aussi se développer d'emblée, ou bien être consécutive à la reproduction fréquente d'une excitation spinale intermittente, à point de départ primitivement local.

C. Dans les cas de ce genre, les points de départ multiples des attaques ne jouent qu'un rôle secondaire, et ne fournissent que des indications palliatives dont l'importance est en raison inverse de la multiplicité des foyers d'excitation périphérique.

D. L'indication fondamentale consiste à modifier les conditions organiques qui ramènent incéssamment la perturbation fonctionnelle, l'hypéresthésie d'un côté, l'excitabilité réflective spinale de l'autre.

E. Les moyens de combattre l'hypéresthésie ont déjà été mentionnés, et trouvent naturellement leur emploi dans les cas où le diagnostic pathologique retrouve cet élément comme une condition essentielle.

F. Nous ne connaissons aucun moyen d'abattre directement l'excitabilité réflective de la moelle. Les émissions sanguines sont généralement inefficaces; elles peuvent même devenir nuisibles, et ne sont réellement avantageuses que dans les cas exceptionnels, où l'excitabilité spinale se trouve liée à un état de congestion de la moelle ou de pléthore générale. Les narcotiques n'exercent aucune influence durable, et les antispasmodiques, tels que la valériane, l'assa fœtida, le castoreum, etc., etc., ne nous ont paru exercer aucune influence bien évidente sur la disposition de la moelle. Les préparations métalliques, telles que l'oxyde de zinc,

le chlorure d'étain, le cuivre ammoniacal, le nitrate d'argent, etc., etc., ainsi que l'influence du sulfate de quinine, n'ont pas encore été suffisamment expérimentées dans des cas exactement spécifiés. Le moyen, qui jusqu'à présent nous a paru exercer le plus d'influence sur l'excitabilité réflective de la moelle, c'est l'application du froid sous forme de lotions froides, de bains froids ou d'immersions. Plusieurs de nos malades se sont très-bien trouvées de ce moyen, dont l'emploi exige néanmoins de la prudence.

Il est certain également que la volonté peut dominer jusqu'à un certain point l'excitabilité excessive de la moelle, et que les mouvements volontaires, *pratiqués avec méthode*, sont un des meilleurs moyens d'empêcher la reproduction des mouvements réflectifs. En principe, on peut établir que la réflectibilité diminue à mesure que l'influence de la volonté sur la moelle se fortifie, et *vice versâ*.

Il résulte de ce qui précède que l'existence bien constatée de l'*excitabilité générale* rend le pronostic sérieux. Quoique la guérison ne soit pas impossible, elle ne saurait être, en général, que le fruit d'un traitement en grande partie hygiénique, longtemps suivi avec persévérance et méthode.

---

3. *De la pneumonie latente;* par le docteur C. Saucerotte, médecin en chef de l'hôpital civil et militaire de Lunéville, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.

(Gazette médicale de Paris, N° 50; 1846.)

Bien que la pneumonie latente ne soit pas inconnue aux praticiens, elle n'avait pas jusqu'à ces dernières années attiré suffisamment l'attention du public médical. En effet, nonobstant les indications fournies par Baglivi, Pinel et par les auteurs de quelques thèses peu connues, on ne la trouve décrite avec quelque soin que dans les monographies récentes de MM. Sestié et Grisolle et dans une thèse de M. Raymond (1842). Aucun observateur, que je sache, n'a cru pouvoir rattacher cette forme de pneumonie à la constitution régnante; c'est par des circonstances individuelles et exceptionnelles que l'on rend compte des cas de ce genre. Ainsi, selon M. Sestié, la pneumonie ne serait latente que par suite de l'obscurité des signes fournis par la percussion et l'auscultation, et de la négligence du médecin à s'en enquérir; ou par la prédominance des symptômes généraux sur les symptômes locaux; ou enfin par le caractère peu tranché des lésions fonctionnelles de l'organe affecté. Toutes ces circonstances expliquent fort bien sans doute pourquoi la *phlegmasie*

pulmonaire est souvent inconnue ; mais elles ne rendent nullement compte du génie propre à cette forme morbide. Le point sur lequel il importe surtout d'insister, c'est qu'il est une sorte de pneumonie qui n'offre ni la marche ni les symptômes ordinaires de cette affection, et qui tend *dès son début* vers l'état organique propre à la seconde période, c'est-à-dire, dans laquelle l'hépatisation paraît succéder presque immédiatement à l'état d'engouement : maladie contre laquelle on ne saurait trop se mettre en garde dans certaines années, dans certaines constitutions médicales plus particulièrement favorables à son développement. C'est ainsi que je l'ai vue sévir, dans l'hiver de 1844 et de 1846, sur plusieurs militaires de notre garnison, tandis que, dans d'autres années, je ne l'ai pas observée une seule fois.

Quels sont, indépendamment des données fournies par l'auscultation et par la percussion, les signes pathognomoniques de la pneumonie ? Le frisson et la fièvre inflammatoire qui en marquent l'invasion, le point de côté et la gêne de la respiration, la toux, les crachats rouillés et glutineux. Eh bien ! non-seulement il n'est pas un de ces signes qui ne puisse manquer individuellement, ce que savent tous les praticiens, mais ce qu'il importe surtout de proclamer, c'est qu'ils peuvent manquer tous ensemble dans la pneumonie latente, ou tout au moins être si peu prononcés, qu'ils sont facilement confondus avec ceux que produisent des affections moins graves ou d'un ordre différent. Mais l'auscultation et la percussion du moins ne feront pas défaut. Non, pas ordinairement ; mais songe-t-on toujours à y recourir quand rien ne fait soupçonner, du moins au début, la gravité de l'affection que l'on a sous les yeux : quand, par exemple, on croit n'avoir affaire qu'à une légère bronchite ou même à une affection étrangère aux poumons ? Je croirais donc avoir obtenu un résultat assez important, si j'avais pu faire sentir à mes confrères et à MM. les chirurgiens militaires qui nous envoient leurs malades, la nécessité d'ausculter tous ceux qui se présentent à eux, quelque fugitifs et peu prononcés que puissent être les symptômes qui apparaissent du côté de la poitrine. Ce n'est guère, en effet, qu'à l'omission de ce soin, en même temps qu'à la répugnance qu'éprouvent beaucoup de militaires à se déclarer malades, qu'il me semble possible d'attribuer la fréquence de la pneumonie latente dans nos salles militaires, toute part étant faite, d'ailleurs, aux causes qui rendent cette phlegmasie plus commune chez ces hommes que dans les autres classes de la société. (Voir plus loin : *De l'étiologie.*)

Cela dit, je passe à l'histoire des principaux cas qui se sont offerts à moi en 1844 et en 1846, deux années qui, par leur constitution humide et froide, furent surtout favorables au développement des phlegmasies pulmonaires; mais au lieu de faire de chacun de ces cas le texte d'une histoire, qui offrirait nécessairement avec celles qui la suivraient une analogie plus ou moins complète, et par suite une monotonie fatigante, je grouperai les faits sous autant de divisions que j'aurai à signaler de circonstances capitales dans la maladie dont je m'occupe ici.

I. *Prodromes et commémoratif* vagues, mal dessinés, et se rapportant moins à l'état local qu'à un état général caractérisé par du malaise, des lassitudes, de l'inappétence (mais non constamment), des frissons légers, peu ou pas de fièvre. En somme, il fallait que ces phénomènes fussent bien peu tranchés pour que les malades restassent au quartier plusieurs jours, quelques semaines même, et pour que plusieurs d'entre eux continuassent leur service jusqu'à leur entrée à l'hôpital, comme le prouvent les observations suivantes.

Obs. I. — Pichonnier, soldat au 8e régiment de cuirassiers, entré le 28 décembre 1844 avec une vaste hépatisation du poumon gauche, n'avait passé que trois jours à l'infirmerie avant d'entrer. Jusque-là il avait continué son service militaire.

Obs. II. — Flammermont, soldat au même corps, entré le 6 mars avec une hépatisation considérable du poumon droit, n'était alité que depuis trois jours, quoiqu'il souffrît d'un point de côté et de dyspnée depuis trois semaines.

Obs. III. — Henburger, soldat au 4e dragons; entré le 9 janvier 1844 avec une hépatisation du poumon gauche, avait été pris d'un point la veille, et n'était alité que depuis ce moment-là.

Obs. IV. — Pernet, soldat au 10e dragons, entré le 7 du même mois avec une semblable lésion du poumon gauche, n'était alité que depuis quatre jours, et n'avait ressenti son point que la veille.

Obs. V. — Don, du même régiment, même cas, toussait depuis un mois, et n'était alité que depuis un jour.

II. *Symptômes.* — La température de la peau n'était pas sensiblement accrue dans la plupart des cas. Jamais je n'ai constaté cette chaleur morbicante propre à la fièvre inflammatoire des péripneumoniques. Le pouls ne s'éloignait pas non plus sensiblement de son type normal chez le plus grand nombre. Chez Flammermont *(v. supra)*, la fièvre, de continue qu'elle était d'abord, devint ensuite tierce. La respiration n'était pas gênée (à moins

qu'il n'y eût un point de côté) au point d'incommoder nos malades. Toujours est-il qu'interrogés à cet égard, la plupart assuraient respirer aussi librement que de coutume. Mais ce n'était là probablement qu'un effet de l'habitude, et parce que la maladie s'étant établie lentement, une respiration supplémentaire, en quelque sorte, avait eu le temps de s'établir dans les portions des poumons restées saines. Si l'on invitait d'ailleurs le malade à se mouvoir, on s'apercevait plus facilement de l'accélération des mouvements respiratoires. Le décubitus était ordinairement dorsal. On trouvait toujours à la percussion une *matité* très-tranchée et, en général, assez étendue; un souffle bronchique intense et de la bronchophonie. Dans quelques cas, un peu de râle muqueux ou crépitant autour des portions hépatisées. La toux était généralement légère, quelquefois tellement rare que le malade disait ne pas tousser du tout. Le cas suivant fait cependant exception.

Obs. VI.—Coulon, soldat au 9e régiment de cuirassiers, entré à l'hôpital le 6 mars 1846, toussait beaucoup depuis quinze jours, et gardait le lit depuis huit. Comme il n'offrait ni fièvre, ni point pleurétique, ni crachats pneumoniques, j'avais cru n'avoir affaire, dans les premiers jours, qu'à une simple bronchite; mais l'auscultation me révéla bientôt une hépatisation considérable du poumon gauche.

Les *crachats* très-rares ou nuls, plutôt muqueux ou pituiteux que glutineux, et point rouillés dans la grande majorité des cas. Le plus souvent absence de *couenne* dans le sang des saignées. Le caillot assez mou ne se séparait pas du sérum. Y avait-il là une altération analogue à celle que l'on observe dans certaines fièvres continues et dans quelques maladies du cœur ?

Rien de particulier à noter du côté du cerveau et du tube digestif. L'appétit n'était pas toujours complétement aboli. Quelques malades auraient mangé volontiers la demi-portion d'aliments. La langue est restée souvent naturelle jusqu'à la fin. Quant aux *forces*, tous nos malades étaient venus à pied à l'hôpital, c'est-à-dire qu'ils avaient fait un trajet de dix minutes à un quart d'heure sans trop de difficultés.

III. *Marche.* — S'il est souvent difficile d'apprécier la durée totale d'une affection franchement inflammatoire, au début de laquelle on n'a pas assisté, on sent combien cette difficulté devient plus grande quand il s'agit de ces phlegmasies latentes à marche chronique pour l'ordinaire, et auxquelles on n'oppose communément qu'un traitement tardif, et par cela même impuissant. J'en citerai comme exemple le cas suivant :

Le malade souffrait depuis environ un mois, nous dit-il, d'un point du côté gauche, lorsque cette douleur s'étant fait sentir plus vivement avec toux et gêne dans la respiration, il se fit porter malade et garda huit jours la chambre, sans d'ailleurs suivre un traitement. Au bout de ce temps, il *reprend son service*, mais le même soir, il se trouve plus malade; on le saigne, et il reste cinq jours encore au quartier sans subir d'autre médication. Entré le 5 avril 1846, nous constatons chez lui une hépatisation complète du poumon gauche; pas de fièvre; un peu de toux sèche, seulement quand il monte un escalier; le point a disparu, mais la gêne de la respiration subsiste. Le malade ne se plaint d'ailleurs que de faiblesse, et d'une sensation douloureuse vers le sternum quand il marche; appétit moyen, digestion facile; figure naturelle; telle était en un mot (abstraction faite des signes tirés de l'auscultation et de la percussion) l'absence de caractères pathognomoniques de la maladie existante, que son billet d'entrée portait : *bronchite*, *palpitations*. Le sang tiré de la veine n'offrit aucune trace de couenne.

La *durée* de la pneumonie latente est, comme on le pense bien, très-variable, La constitution de l'individu, sa force de résistance vitale, les moyens employés pour combattre la maladie, la saison, la constitution régnante, introduisent à cet égard de telles variations qu'il me serait impossible de préciser quelque chose; d'ailleurs les militaires qui en étaient atteints sollicitaient presque tous un congé de réforme ou de convalescence. Dans les cas qu'il m'a été donné de voir se terminer sous mes yeux, le malade, ordinairement jeune et fort, luttait longtemps avant de succomber. Il n'était pas rare de le voir traîner cinq à six mois. Quand la terminaison devait s'opérer heureusement, la matité disparaissait graduellement, en même temps que le râle crépitant ou muqueux succédait au souffle bronchique; la respiration redevenait de plus en plus libre et les forces renaissaient peu à peu. Les symptômes opposés se montraient quand la maladie devait avoir une terminaison fatale; la fièvre s'établissait et prenait les caractères d'une hectique lente; la dyspnée faisait des progrès, et la maladie simulait une phthisie à la troisième période. Dans quelques cas, il y avait anasarque dans les derniers temps.

III. *Diagnostic.* — La pleurésie est l'affection avec laquelle il est le plus facile de confondre, au moins pendant quelque temps, la maladie qui fait l'objet de ce travail. Je suis tombé souvent dans cette confusion à une époque où l'on ne connaissait pas, comme aujourd'hui, les signes de la pneumonie latente, et, avec

bien d'autres, j'y tomberai peut-être plus d'une fois encore ; heureusement que l'analogie des moyens à employer dans l'un et l'autre cas empêche que cette erreur ne compromette gravement le salut des malades. Je dirai d'ailleurs pour mon excuse que M. le professeur Cruveilhier avoue avoir commis lui-même cette méprise. Dans la pleurésie chronique, il y a moins fréquemment absence de douleur de côté ; point d'élasticité des parois thoraciques à la percussion ; la *matité se déplace* dans les différentes positions que prend le malade. A une certaine époque de la maladie, il y a égophonie, absence de bruit respiratoire quand l'épanchement est considérable, voussure thoracique. La phthisie pulmonaire ne peut simuler longtemps la pneumonie latente ; les crachats qui lui appartiennent sont tout à fait différents ; les lésions indiquées par la percussion et par l'auscultation sont bien moins tranchées, le plus souvent partielles ; elles occupent ordinairement le sommet, tandis que c'est le contraire pour la pneumonie. Il est rare, d'ailleurs, qu'à la matité et au souffle tubaire qu'on perçoit parfois dans quelques points ne s'ajoutent pas dans d'autres des râles plus ou moins caractéristiques. Le commémoratif est aussi, dans la plupart des cas, de nature à éclairer le diagnostic différentiel. Enfin, des affections chroniques ou aiguës, antérieures ou intercurrentes, sont masquées parfois, ou masquent elles-mêmes la lésion des poumons. En voici deux exemples.

Obs. VII. — Aufant, entré le 8 avril 1846, avec une pneumonie latente du poumon gauche, dont l'invasion paraissait remonter à deux jours, offrait depuis quatre jours seulement des symptômes de gastro-entéro-colite à la suite desquels il s'était alité, et qui avaient déterminé son entrée à l'hôpital. Son billet d'entrée ne portait pas d'autre indication.

Obs. VIII. — Leymat, soldat au 9e régiment de dragons, entré le 7 avril 1844, avait présenté pendant sa vie les signes d'une pneumonie latente. A sa mort, arrivée après cinq mois de maladie, je trouvai une affection tuberculeuse très-remarquable par son étendue. La matière tuberculeuse, répandue principalement dans les séreuses, se présentait en tumeurs plus ou moins ramollies, depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'une noix. Sur le péritoine, qui avait contracté partout des adhérences, elle s'étendait en larges plaques. L'un des poumons était induré ; tous deux offraient des tubercules encore peu développés. Cet homme avait, pendant le cours de sa longue maladie, présenté des signes d'entéro-péritonite. Plusieurs fois la fièvre s'était dissipée, et il avait paru entrer en convalescence.

Je citerai encore le cas suivant, comme exemple bien remarquable des complications nombreuses qui peuvent se trouver réunies chez le même individu, et, par suite, des difficultés du diagnostic.

Obs. IX. — Montagnon, soldat au 9e régiment de cuirassiers, entré à l'hôpital le 12 mars 1846, avait passé une partie de l'hiver dans le service des vénériens, où il était entré à deux reprises pour une chaude-pisse à laquelle on avait opposé la potion de Chopart. Sa santé, nous dit-il, était languissante depuis quelques mois. Il était pâle, maigre, abattu, dans un état de prostration extrême, ne pouvant se tenir sur ses jambes; la peau était froide; le pouls donnait de 25 à 30 pulsations, dont une première assez forte, suivie immédiatement d'une seconde plus faible; l'impulsion du cœur médiocre. Pas de toux, pas d'oppression, pas de point de côté, pas d'expectoration. L'estomac ne pouvait rien supporter et rejetait même les boissons. Pas de douleur épigastrique, même à la pression. Langue sèche, recouverte d'un enduit brun; papilles très-développées; pas de rougeur au pourtour. Vomissements bilieux, fréquents. Le foie avait ses dimensions ordinaires, à en juger par la percussion et par la palpation. Toute mon attention se concentre sur l'état de l'estomac, et en l'absence de tout symptôme morbide vers les poumons, je n'ausculte pas. L'état des forces ne permettant pas les émissions sanguines, j'ai recours à la glace, aux poudres gazeuses, aux opiacés, aux révulsifs, le tout inutilement. Montagnon s'éteint dans le marasme, après un mois de séjour à l'hôpital.

L'autopsie, faite en mon absence par M. Thomassin, médecin adjoint, avec le concours de M. Castara, chirurgien en chef, présente les particularités suivantes: poumon gauche passé complétement à l'état d'hépatisation grise, si ce n'est dans une très-petite portion de la partie supérieure; adhérences nombreuses, très-étendues et anciennes de la plèvre costale; poumon droit sain. Le ventricule gauche du cœur est le siége d'une hypertrophie concentrique; ses parois ont, à la partie moyenne, 20 millimètres au moins d'épaisseur, et 13 au moins vers la pointe. Rien de plus à observer dans cet organe. Le sang des oreillettes et des veines caves est très-noir et en grande partie coagulé. L'estomac, rempli d'une grande quantité d'un fluide bilieux, très-épais, est ramolli, surtout vers le grand cul-de-sac, où la muqueuse, pâle, à replis valvulaires très-développés, s'enlève facilement sous l'ongle. Le lobe gauche du foie, fortement induré dans sa totalité, offre un aspect jaune presque safrané. Rien de signalé dans les autres organes.

IV. *Pronostic.* — Ce que j'ai dit précédemment de la terminaison la plus fréquente de la pneumonie latente fait juger de la gravité du pronostic. On voit souvent, comme dans les fièvres muqueuses, celles qui s'annonçaient sous la forme la plus bénigne se terminer d'une manière funeste. Règle générale : plus une maladie s'éloigne de son type régulier, plus elle est anomale, plus elle offre de danger. Il est presque inutile de faire observer qu'il n'y a aucune guérison à attendre dans les cas où la maladie envahit une vaste portion de l'organe, ou lorsqu'elle est arrivée à la période la plus avancée de l'hépatisation.

V. *Altérations anatomiques.* — Mes observations ne concernant que des militaires qui, par suite de leur position de santé obtenaient presque tous, soit des congés de convalescence, soit des congés de réforme, je n'ai eu que de rares occasions de faire des autopsies qui ne m'ont, d'ailleurs, rien révélé de plus nouveau que ce que l'on sait généralement. Le poumon affecté présentait les caractères de l'induration grise. Rien de constant dans les lésions concomitantes.

VI. *Étiologie.* — On sait que la profession militaire est une de celles qui offrent les plus fréquents exemples de pneumonie. Nonobstant l'assertion émise par un estimable observateur, qui l'attribue exclusivement aux individus débilités par l'âge ou la maladie, la pneumonie *latente* ne me paraît pas moins fréquente chez nos soldats. Pour qui connaît un peu la vie de caserne et les nombreuses infractions à l'hygiène qui s'y commettent volontairement et involontairement, il n'y a rien là qui ne s'explique parfaitement. C'est presque toujours à l'issue d'une garde pendant laquelle ils ont été exposés au froid, sans être suffisamment vêtus, ou lorsqu'en sueur ils ont bu de l'eau froide, ou mis habit bas dans les salles froides et humides d'une caserne, que la maladie s'est déclarée. C'est aussi au sortir de l'hiver qu'on l'observe le plus généralement, comme pour la pneumonie aiguë. Comment, en effet, nos militaires, obligés de se vêtir tous d'une manière uniforme, quel que soit le degré de susceptibilité de leurs organes pulmonaires, ne seraient-ils pas atteints sous l'influence des vicissitudes continuelles de notre printemps? J'ai vu, pendant l'hiver rigoureux de 1840, de malheureuses recrues arriver du Midi, au mois de janvier, en *pantalons de toile*, et contraints de les garder pendant une partie de l'hiver, par suite d'un défaut d'approvisionnement dans l'habillement militaire (c'était le moment où notre armée venait, par suite des appréhensions de guerre, de recevoir un notable accroissement). Pour comble de misère, on défendait même à ces malheureux, de garde dans les

écuries, de se servir pendant la nuit de la couverture du cheval (car la literie manquait comme le reste, et beaucoup couchaient dans un sac de paille). Aussi eûmes nous cet hiver-là une foule de pneumonies typhoïdes à traiter, et une mortalité inconnue dans notre hôpital, où mon service seul s'éleva d'une quarantaine de malades (terme moyen) à cent et plus.

VII. *Traitement.* — L'absence presque complète, ou tout au moins le peu d'intensité de la réaction fébrile dans la plupart des cas, ne permettait guère un emploi un peu large des émissions sanguines; le plus souvent je me bornais à une saignée, suivie ou non d'une application de ventouses ou de sangsues quand il y avait un point, puis je passais immédiatement à l'emploi des antimoniaux combiné avec les révulsifs sur la peau. Le tartre stibié ou le kermès à dose altérante (10 à 20 centigrammes dans une potion ou en pilules), telle était, si l'on y joint l'application d'un très-large vésicatoire sur le côté affecté, la méthode que j'ai généralement suivie, et celle qui m'a le mieux réussi, quand il n'y avait pas de complication.

---

4. *Considérations sur la nature de la glucosurie (diabète sucré) et sur les difficultés que présente dans les hôpitaux le traitement de cette maladie, avec de nouvelles observations;* par M. Bouchardat.

(Gazette médicale de Paris, N° 1; 1847.)

Le travail que je publie aujourd'hui a pour but de faire connaître quelques faits nouveaux sur la nature de la glucosurie, de compléter des observations que j'ai précédemment données et d'y joindre celles que j'ai réunies depuis ma dernière publication; de montrer, en second lieu, les difficultés du traitement des glucosuriques soignés dans les hôpitaux, de combattre quelques erreurs.

Si je reviens avec une telle constance sur la même question, c'est que je crois, qu'en suivant cette voie, j'ai préservé un grand nombre de malades d'une mort certaine, c'est que je gémis en voyant se propager, même parmi les médecins les plus éclairés, de funestes erreurs; et je dois le dire aussi, pour faire triompher la vérité, il me faut une conviction profonde et des efforts incessants, car ce n'est point en une formule d'une exécution toujours facile que consiste la méthode de traitement que j'ai instituée, mais dans un ensemble de moyens dont il est souvent difficile d'obtenir la réunion.

Sur la nature de la glucosurie. — Les malades affectés de la glucosurie ne digèrent pas les féculents comme les personnes en

santé. Toutes les expériences que j'ai faites, toutes les observations que j'ai recueillies, prouvent ce fait fondamental sur lequel j'ai insisté depuis mes premiers travaux. Résumons nos preuves. La soif des glucosuriques n'est-elle pas un fait avéré? Cette soif n'est-elle pas en rapport constant avec la quantité de féculents ingérés? Les malades n'en sont-ils pas inévitablement tourmentés tant qu'ils n'ont pas bu la quantité d'eau nécessaire pour favoriser la transformation du sucre en glucose sous l'influence de la diastase? Remarque-t-on quelque chose de semblable chez les personnes en santé? N'est-ce pas un caractère de la plus grande importance et propre à la glucosurie?

Quand on fait vomir un glucosurique, une heure après un repas féculent, on démontre avec la plus grande facilité la présence du sucre de fécule dans les matières vomies par le réactif de Frommeherz, par la fermentation alcoolique, et j'ai pu même extraire de la glucose mamelonnée. Qu'on agisse comparativement sur les vomissements féculents d'une personne en santé, jamais on ne pourra en extraire de glucose; le réactif de Frommeherz n'en démontrera que des traces, et la levure de bière ne développera jamais une fermentation alcoolique franche. Il y a là une différence des plus tranchées. Faites vomir un glucosurique à jeun, les matières des vomissements, *quoique acides*, convertiront la gelée de fécule en glucose. Agissez comparativement sur un homme en santé, la matière des vomissements, ayant une *réaction acide*, n'exercera aucune action sur la gelée d'amidon. Des vomissements d'un glucosurique à jeun on peut extraire cette *diastase animale* dont j'ai signalé l'existence dès 1838 dans mon premier mémoire sur le diabète sucré. La glucosurie consiste donc essentiellement dans une perturbation des fonctions de l'appareil digestif, et nullement dans un défaut d'alcalinité du sang que personne n'a constaté.

Les féculents, chez les glucosuriques, sont digérés dans l'estomac au lieu de l'être dans les intestins. Voilà le résultat d'expériences le plus net sur la nature de cette maladie, dont on a voulu tour à tour mettre le siége dans les reins ou dans le sang.

La dissolution des féculents dans les intestins n'est point accompagnée de sucre dans les urines, parce que cette dissolution n'arrive dans le sang qu'après avoir traversé le foie, tandis qu'elle y parvient directement et sans intermédiaire lorsqu'elle s'effectue dans l'estomac.

Pourquoi l'estomac sécrète-t-il un liquide diastasique chez les malades affectés de glucosurie? Plusieurs causes peuvent con-

duire à ce but : en première ligne, un dérangement dans les fonctions de la peau, dérangement sur lequel j'ai déjà insisté dans mes premiers travaux ; en seconde ligne, l'usage abusif et longuement continué des aliments féculents en excès, et en dernier lieu enfin, une maladie du pancréas et de ses conduits. Depuis que j'ai découvert, avec M. Sandras, cette fonction importante du liquide pancréatique de dissoudre les féculents, j'ai examiné cet organe avec beaucoup de soin chez les malades qui ont succombé à la glucosurie ; nous l'avons disséqué attentivement quatre fois avec M. le docteur Stuart Cooper, chef de clinique à l'hôtel-Dieu. Dans trois cas, sur lesquels je reviendrai tout à l'heure, nous n'avons rien vu d'anormal ni dans le volume, ni dans la consistance du pancréas, ni dans les canaux ; mais dans un cas, le pancréas était réduit au tiers de son volume, et son canal excréteur était complétement obstrué.

Voilà une altération que j'ai prévue et que j'ai positivement annoncée dans mon dernier mémoire, et qui rend compte de la manière la plus simple de la glucosurie.

Le liquide, contenant le ferment propre à dissoudre les féculents est, chez l'homme en santé, sécrété dans le duodénum par le pancréas ; mais cette sécrétion peut s'effectuer aussi dans l'estomac par une perversion, par une substitution de fonction, qui n'est pas sans analogues dans l'économie vivante et qui heureusement est fort rare ; de là l'origine de la glucosurie.

Cette théorie ne repose pas sur des hypothèses, mais sur des faits dont j'ai expérimentalement démontré l'exactitude ; elle explique tous les phénomènes bien observés de la glucosurie. Répétons donc, en terminant, cette proposition fondamentale ; car c'est sur elle que s'appuie la thérapeutique vraiment positive de cette affection.

La glucosurie consiste essentiellement en une perversion de la digestion des féculents. Ces aliments, au lieu d'être dissous comme cela s'effectue normalement dans les intestins sous l'influence du suc pancréatique, le sont dans l'estomac, qui fournit alors un suc gastrique contenant de la diastase.

Difficulté du traitement de la glucosurie dans les hôpitaux. — C'est dans les hôpitaux, sous les yeux de tous, par l'expérience et le contrôle de tous, qu'une méthode thérapeutique est bien jugée. Voilà une vérité que je suis le premier à proclamer, et cependant je vais chercher à prouver qu'il n'en peut être ainsi pour le cas particulier qui nous occupe. Pourquoi cela? Parce que jusqu'ici il a été *impossible* de réunir dans les hôpitaux toutes les conditions qui assurent le succès de ma méthode, elle n'y réussit

pas *complétement*; la raison en est bien simple, parce que *jamais* jusqu'ici elle n'a pu y être *complétement* appliquée.

Des hommes d'un esprit droit et bienveillant ont pu former leur opinion sur des expériences incomplètes : c'est principalement pour eux que je vais écrire ce qui suit.

Commençons par dire que, si la méthode de traitement que j'ai instituée ne peut être convenablement appliquée dans les hôpitaux, ce n'est point à l'administration qu'il faut s'en prendre : le conseil général a mis avec une grande libéralité, à la disposition du médecin, tous les moyens de succès qu'il a sollicités.

Les difficultés tiennent d'abord au malade, puis aux exigences du régime commun.

Les malades affectés de glucosurie sont remarquables par la paresse de leur esprit ; ils comprennent difficilement qu'une maladie, qui leur laisse l'intégrité de leur appétit, puisse être dangereuse, et ils ne reconnaissent pas facilement les avantages d'un traitement purement hygiénique, ils aimeraient mieux quelques remèdes bien compliqués; ils cherchent alors avec une grande persévérance à tromper le médecin et à éluder ses prescriptions. On peut, il est vrai, par une vigilance de tous les instants, ou par la séquestration absolue, parer à ces inconvénients; mais c'est alors que se montrent toutes les difficultés du régime commun, et les inconvénients variés du défaut d'exercice.

En privant les glucosuriques de l'alimentation féculente, on ne remplit que la plus facile des indications. Pour que le malade puisse se passer sans inconvénient de cette classe si importante d'aliments, pour qu'il puisse éviter la tuberculisation pulmonaire qui le menace incessamment, il faut veiller avec le plus grand soin à tous les détails du régime, et le varier le plus possible pour ne point amener le dégoût, suivi d'anorexie, de dépérissement, de tubercules.

Un régime convenablement *varié*, établi d'après les principes que j'ai posés, (supplément de mon *Annuaire thérapeutique*, page 209), est-il possible dans les hôpitaux? Dès qu'on voudra suivre pendant quelque temps tous les détails de l'alimentation du glucosurique soigné dans un hôpital, on verra qu'il est impossible de réunir toutes les conditions du succès. On enverra bien chaque jour au malade un kilogramme de viande bouillie ou rôtie ; mais cette viande sera froide et ne stimulera pas l'appétit, et le malade s'en dégoûtera bien vite; il y a loin de là à ces trois ou quatre plats variés (viandes, œufs, poissons, légumes non féculents) convenablement servis, qui lui sont nécessaires pour supporter aisément la privation des féculents et pour les rem-

placer. Le pain de gluten nous aide sans doute à atteindre notre but, mais ce n'est qu'un adjuvant. Deux ou trois bouteilles de vin de Bordeaux sont nécessaires pour remplacer l'alimentation féculente; le médecin hésitera à en prescrire une quantité si élevée à un glucosurique, qui en vendra une bonne partie à son voisin affecté de pneumonie ou de fièvre typhoïde. Un vêtement de flanelle complet, renouvelé de temps en temps, est indispensable ; il est bien difficile dans un hôpital de remplir cette indication. De la distraction, de l'exercice du corps et des bras sont nécessaires. Comment concilier tout cela avec la séquestration?

Si le traitement hygiénique que j'ai fait connaître est très-facile pour un homme dans l'aisance et le préserve sûrement, lorsqu'il n'existe pas de tubercules dans ses poumons, d'une mort certaine, on le voit, dans les hôpitaux, on ne peut que remplir approximativement les conditions que j'ai posées; on n'obtient ainsi qu'un résultat temporairement utile. Dans les cas les plus heureux, le malade se rétablit, reprend ses forces, son énergie, il se croit guéri, sort de l'hôpital; mais il a perdu l'habitude d'un travail suivi; la misère, les privations viennent; la nécessité d'une alimentation féculente, la plus économique de toutes, se fait sentir; le malade en use, en abuse, la glucosurie reparaît, la tuberculisation survient, il rentre à l'hôpital dans des conditions plus mauvaises. On peut le rétablir momentanément encore, mais les mêmes écarts amènent les mêmes accidents et plus intenses, jusqu'au jour où une pneumonie foudroyante ou la phthisie à son dernier degré viennent achever l'œuvre de destruction de la glucosurie.

Parce qu'un malade aura été soumis dans un hôpital à cet essai *incomplet* du traitement que j'ai préconisé, on se persuadera avoir exécuté sans succès tout ce que j'ai prescrit, lorsque les conditions les plus importantes n'ont pu être remplies. C'est de ce jugement que j'appelle. Quand on pourra traiter un glucosurique assez dans l'aisance pour suivre ponctuellement tout ce que j'ai prescrit, voici les résultats qu'on obtiendra.

S'il n'existe ni tubercules pulmonaires, ni maladie organique incurable du pancréas ou des conduits pancréatiques, le traitement hygiénique pourra amener un rétablissement rapide qui, dans le plus grand nombre des cas, se changera en une guérison définitive, pourvu qu'on soit sobre de féculents et que les urines soient assidûment surveillées pour suspendre immédiatement l'alimentation féculente au moindre indice de récidive.

S'il existe une maladie organique du pancréas ou de ses conduits, la glucose apparaît dans les urines dès que des féculents

sont ingérés : il faut donc les proscrire constamment tant que la maladie du pancréas subsiste ; le traitement n'est que palliatif, mais il conduit presque toujours au rétablissement complet des forces et à une existence très-supportable.

Quand il existe des tubercules dans les poumons, le traitement hygiénique que j'ai fait connaître suspend les progrès de la phthisie, et un certain nombre de malades ont pu vivre ainsi plusieurs années avec les apparences de la santé ; mais il ne faut jamais oublier que, pour les glucosuriques qui ont des tubercules dans les poumons, les refroidissements conduisent facilement à une pneumonie qui est toujours pour eux très-rapidement mortelle.

Si le traitement que j'ai fait connaître ne peut être complétement appliqué dans les hôpitaux et pour les malades pauvres, peut-on espérer pour eux quelque chose de profitable des remèdes qu'on a nouvellement préconisés ? Certes ce serait une chose des plus avantageuses si on pouvait conserver le régime féculent et voir, dans tous les cas, se dissiper tous les accidents de la glucosurie.

On a imaginé dans ces derniers temps que le sang des glucosuriques était neutre ou même acide, et sur cette hypothèse, que l'auteur qui l'a avancée n'a pas même vérifiée, dont j'ai, à plusieurs reprises, constaté toute la fausseté, on s'est empressé non seulement d'établir une théorie, mais aussi de vanter un remède qui devait réussir toujours. Insistons d'abord sur ce point capital. Le sang des glucosuriques est alcalin comme celui des personnes en santé ; plusieurs expériences me l'ont démontré. M. Cappezzuoli est arrivé au même résultat. La théorie tombe donc d'elle-même, puisque la supposition sur laquelle elle s'appuie est inexacte (1). Examinons maintenant la prescription qui en était la conséquence. Administrez, nous dit-on, du bicarbonate de soude à haute dose aux glucosuriques, et ils pourront assimiler

(1) Je ne me serais pas donné la peine de réfuter cette théorie, si elle ne pouvait entraîner de mauvaises conséquences en pratique ; mais, comme l'a dit un spirituel écrivain en critiquant le travail que j'examine : « Quand on est une fois à cheval sur une hypothèse on va très-loin ; » et malheureusement ici on va loin au préjudice des malades.

Je dois avertir ceux qui voudront vérifier que le sang des glucosuriques est alcalin comme celui des personnes en santé, de recueillir ce sang le plus loin possible d'un repas féculent ; car j'ai établi que près d'un tel repas il contenait de la glucose, et que cette glucose mêlée au sang se convertissait en acide lactique, ce qui naturellement doit diminuer son alcalinité ; la diminution de l'alcalinité du sang ne serait pas alors la cause, mais un des effets de la glucosurie. Il est bon aussi d'agir rapidement et de déterminer une prompte coagulation du sang, en plaçant le vase qui le contient dans un bain de glace.

le pain comme les autres malades. Voilà une dangereuse erreur, comme je vais le prouver.

Les médecins, même parmi les plus habiles et les plus haut placés, accablés qu'ils sont par cette nécessité d'études continuelles que notre profession réclame, aiment une formule de traitement simple et facile à retenir; au glucosurique du bicarbonate de soude, cela se grave infiniment mieux dans la mémoire que tous les détails d'un traitement minutieux, qui demande une attention continuelle pour connaître la composition des aliments, la présence ou l'absence de la fécule dans chacun d'eux, pour discerner sûrement leur rôle physiologique, pour avoir toujours l'attention éveillée sur cette indication capitale de remplir la place immense laissée vide par l'éloignement de la nourriture féculente et sucrée. Quand même on aurait de grands doutes sur la réalité de la théorie, la paresse de notre esprit est si grande qu'on aime à adopter quelque chose de facile.

Toutes les fois que le traitement hygiénique n'a pas suffi pour rétablir les glucosuriques pour lesquels j'ai été consulté, j'ai toujours employé le traitement alcalin à haute dose. C'est au carbonate d'ammoniaque que j'ai donné la préférence bien longtemps avant qu'il fut question de la théorie nouvelle; et des faits nombreux m'ont démontré l'utilité de cette pratique; le bicarbonate de soude n'a été employé utilement par moi que dans des cas exceptionnels sur lesquels je reviendrai bientôt. Quand le carbonate d'ammoniaque a été insuffisant, depuis que la nouvelle théorie a été publiée, j'ai toujours eu recours au bicarbonate de soude à haute dose, et *jamais* alors le bicarbonate de soude ne m'a rendu le *moindre service*. Je vais rapporter les exemples les plus saillants de l'inutilité de cet agent thérapeutique dans ces cas déterminés.

Un malade du service de M. Honoré, sur lequel je reviendrai bientôt, malgré le régime suivi avec assez de fidélité, rendait encore par jour, 1 lit. 75 d'urine contenant par litre 45 gram. de sucre de fécule. Le bicarbonate de soude fut administré successivement jusqu'à la dose de 20 grammes par jour. Cette administration fut continuée pendant quinze jours. Les urines étaient augmentées; le malade en rendit deux litres et demi contenant 52 grammes de sucre de fécule par litre.

Un autre malade, du même service, prit sans plus de succès le bicarbonate de soude pendant dix jours; la quantité d'urine et la proportion de sucre augmentèrent. Il en est de même de M... dont j'ai rapporté l'observation dans le supplément de mon *Annuaire de* 1846. L'administration du bicarbonate de soude coïn-

cida avec l'augmentation de sucre. Depuis, j'ai conseillé l'eau de Vichy à un jeune malade dont les urines ne renfermaient plus qu'une faible quantité de glucose (7,5 par litre). Sous cette influence, la quantité d'urine augmenta, et la proportion de glucose s'éleva à 52 grammes par litre.

Dans deux cas, j'ai vu l'administration du bicarbonate de soude à haute dose coïncider si immédiatement avec une terminaison funeste que, depuis, je n'ai eu recours que graduellement à la médication alcaline. La nouvelle théorie venait de faire son introduction dans le monde savant : un malade fortement glucosurique entra à l'hôpital. Le médecin, charmé de n'avoir rien à changer au régime, prescrivit dès l'entrée le bicarbonate de soude à haute dose. On en était au troisième jour lorsqu'une pneumonie survint, qui eut, dans vingt-quatre heures, une terminaison funeste.

A peu de mois de là, un malade, également très-fortement atteint de glucosurie, entra dans la salle Sainte-Magdeleine. Sans rien changer au régime féculent, on prescrivit 20 grammes de bicarbonate de soude. Vingt-quatre heures s'étaient à peine écoulées, que le malade fut pris de suffocation, et douze heures après il n'existait plus.

Ces accidents rapides atteignent souvent les glucosuriques, il serait donc injuste de les attribuer au traitement alcalin ; mais il se pourrait que le bicarbonate de soude, en augmentant la liquidité du sang, favorisât ces pneumonies anomales qui, à l'autopsie, nous montrent les poumons gorgés d'un sang noir et ayant en quelque sorte l'aspect du tissu du foie.

Ainsi, c'est un fait *expérimentalement* démontré pour moi que, dans les cas graves de glucosurie, le bicarbonate de soude est au moins inutile ; la pratique qui est le complément de la nouvelle théorie ne vaut pas mieux qu'elle.

Il est quelques conditions spéciales, où depuis longtemps j'emploie le bicarbonate de soude, et où j'en ai obtenu d'heureux effets. Pour consolider la cure chez des glucosuriques où le sucre disparaît facilement des urines sous l'influence du régime, et où il n'y existe plus qu'en très-petite quantité accompagnée d'un excès d'acide urique, je prescris alors utilement les eaux de Vichy et les bains alcalins. M. Caillot, professeur à l'école de Grignon, m'a suggéré, il y a plusieurs années, l'idée de ce dernier moyen, qui m'a été fort utile quand la glucosurie est accompagnée, comme cela arrive quelquefois, d'une affection squammeuse de la peau (1).

(1) Pour conseiller les eaux de Vichy aux malades légèrement affectés de glucosurie, j'avais été inspiré par les belles observations de M. Chevreul sur

Je me résume. *L'hypothèse qui voulait que le sang des glucosuriques fût neutre ou alcalin est inexacte, et la prescription de continuer l'usage des féculents en administrant le bicarbonate de soude est dangereuse* ; car on substitue une médication, le plus souvent inutile, à un traitement dont l'expérience à démontré l'efficacité *dans tous les cas.*

Les journaux de médecine ont rapporté cette année une observation de glucosurie guérie par le baume du Pérou. J'ai employé à plusieurs reprises les balsamiques, baumes du Pérou, de Tolu et de copahu, contre la glucosurie, je n'en ai pas obtenu le moindre résultat utile ; mais il se pourrait cependant que, dans quelques cas où la glucosurie coïncide avec une maladie du pancréas, les balsamiques pussent être utiles ; mais ce n'est point encore la règle, c'est tout au plus une rare exception.

Observations particulières.—Il est quelques malades que j'avais classés, dans mon dernier travail, dans le groupe des glucosuriques maintenus, et qui ont succombé depuis la publication de mon dernier mémoire. Je vais d'abord achever rapidement leur histoire; puis j'arriverai aux observations nouvelles.

Obs. I. — En terminant ce que j'avais à dire du malade dont l'histoire est détaillée au n° 20, page 258, du supplément de mon *Annuaire de* 1826, je disais : « Il est triste à penser que la misère ne contribuera pas peu à aggraver son mal, et le forcera à rentrer à l'hôpital. » Cette prévision ne s'est que trop tôt réalisée. Chez lui, T... a laissé le régime ; sa maladie a fait des progrès rapides. Il est rentré, aux prises avec la phthisie au dernier degré et dans un état de maigreur extrême. Son urine, trois jours avant sa mort, ne contenait plus que 21 grammes 7 de sucre de fécule par litre ; il en rendit 1 litre 25 dans les vingt-quatre heures. A l'autopsie, on a trouvé les lésions ordinaires de l'affection tuberculeuse ; le pancréas était de dimension, de couleur et de consistance normales.

Obs. II. — Ce malade, dont l'observation est rapportée page 261 du supplément, était sorti de l'hôpital considérablement amélioré ; il habitait la campagne et se croyait guéri : il mit le régime de côté. La glucosurie reparut ; la phthisie ne tarda guère, et il entra à l'hôpital quelques jours avant de mourir des suites de cette dernière maladie. Je n'ai point assisté à son autopsie.

Obs. III. — En parlant du malade, dont je vais ici terminer l'histoire, je disais à la page 271 du supplément : « Cette observation a pour objet un homme qui était aussi atteint de gluco-

l'influence des alcalis sur les transformations des matières organiques en présence de l'oxygène.

surie qu'on peut l'être. La maladie était déjà ancienne ; elle avait fait des ravages qu'on aurait pu regarder comme irréparables. » Je m'étais arrêté, et par une réserve que les médecins comprendront, je n'avais pas ajouté que des tubercules existaient dans le poumon. Malgré cette fâcheuse complication, ayant été secondé par un malade d'une rare intelligence et d'une volonté ferme, nous avions pu obtenir un rétablissement inespéré. Depuis deux ans la santé s'était incessamment améliorée, et si le sucre de fécule n'eût reparu à la moindre infraction au régime, on aurait pu croire à un complet rétablissement ; mais à la suite d'un refroidissement vif et prolongé, qui lui-même avait été précédé de causes d'affaiblissement, M... fut pris d'une bronchite très-vive ; la tuberculisation fit d'incroyables progrès. Je fus mandé par le médecin ordinaire ; mais dans deux jours M... périt asphyxié avant que je pusse arriver auprès de lui.

Il est bon de répéter que ces trois malades ont pris du bicarbonate de soude à haute dose, à plusieurs reprises et sans aucune espèce de succès.

Obs. IV. — Je n'ai vu que pendant douze heures le malade dont il me reste à parler dans cette série. Il m'avait été envoyé par M. le docteur Leblond (d'Orléans.) Voici la lettre que m'a remise le malade en arrivant :

« J'ai l'honneur de vous adresser le sieur Desbré-Mailler, à qui j'ai donné des soins, il y a environ deux ans, pour un diabète sucré. Votre traitement, suivi dans tous les points, a été couronné d'un heureux succès, au point que le malade a pu reprendre ses occupations habituelles pendant dix-huit mois (travail de bureau, circonstance que je regarde comme très-défavorable) ; mais ayant depuis négligé et le vêtement de flanelle et le régime, il se trouve aujourd'hui dans une extrême faiblesse, et désirerait entrer à l'hôpital.

« Veuillez, M. Bouchardat, l'aider dans cette circonstance, etc.

« Orléans, 2 janvier 1846. »

Avant de faire recevoir ce malade dans une salle, j'examinai son urine : elle avait une densité de 1,030 : vue à l'appareil de polarisation, la déviation était de 12° dans un tube de 303^{mm}. Cette urine contenait par litre 90 grammes de sucre de fécule.

Ce malade, quoique dans un état passable d'embonpoint, était fortement atteint ; au moment où je le vis, il commençait à ressentir de la gêne dans la respiration ; il avait éprouvé un vif refroidissement dans les wagons du chemin de fer, je le fis recevoir, coucher aussitôt ; je sortis toute cette journée, et le soir,

quand je rentrai, je le trouvai mort. La suffocation avait fait des progrès inouïs ; il avait été emporté par une pneumonie foudroyante.

Ces accidents imprévus ne sont malheureusement que trop à redouter dans la glucosurie. Il faut que les malades soient toujours en garde contre les refroidissements subits.

A l'autopsie, les poumons *sans tubercules* étaient gorgés d'un sang noir ; ils offraient cet état d'hépatisation sur lequel j'ai déjà tant insisté ; les reins étaient un peu plus volumineux qu'à l'état normal, l'un d'eux était légèrement déformé ; mais ce fut le pancréas qui nous offrit la plus remarquable altération : on le découvrit avec peine, il était réduit au tiers de son volume, et, par une dissection attentive, nous avons constaté que le canal pancréatique etait complétement obstrué.

Je vis ainsi se réaliser une altération que j'avais prévue et annoncée ; mais les observations précédentes nous prouvent qu'elle n'est pas générale dans la glucosurie. L'altération fonctionnelle, dont toutes mes observations ont démontré la constance, peut exister sans que rien, dans l'état physique des organes, nous la révèle à l'autopsie.

Il me reste à rapporter quatre observations de guérison qui, avec les seize que j'ai consignées dans le supplément de mon *Annuaire* de 1846, viennent compléter le nombre de vingt. Il y a deux femmes et deux hommes. Trois de ces malades étaient dans les circonstances les plus favorables ; pour la dernière, le pronostic me paraissait beaucoup plus grave, et cependant un succès inespéré a couronné nos efforts. Je vais commencer par les observations qui se rapportent aux hommes.

Obs. I. — M. D., pharmacien habitant une petite ville des départements, analysa l'urine rendue par M... et il y reconnut la présence du sucre de fécule. Il m'envoya un demi-litre de cette urine après l'avoir filtrée ; elle avait une couleur pâle, une odeur de petit lait, une densité de 1,039 ; vue dans un tube de de 303^{mm} à l'appareil de polarisation, elle exerçait une déviation de 12° à l'œil nu ; elle contenait par litre 90 grammes environ de sucre de fécule. M... rendait chaque jour 4 litres 1/2, et il en rendait bien davantage quand il voulait essayer d'étancher la soif qui le dévorait.

Les forces de M... avaient considérablement diminué quand il commença à suivre le traitement que j'ai fait connaître, et qui se trouve exposé dans le supplément de mon *Annuaire de thérapeutique* pour 1846. Les résultats furent aussi heureux que promptement décisifs. Le sucre disparut des urines, les forces

revinrent, et après un mois, M... était complétement rétabli. M... vint me voir à Paris; j'analysai ses urines, et malgré l'intervention de féculents en petite quantité dans son alimentation, la glucose avait disparu complétement des urines. C'est un des exemples les plus nets du retour à la santé sous la seule influence du traitement hygiénique.

Obs. II. — Le malade dont je vais rapidement esquisser l'histoire était dans des conditions des plus heureuses ; aussi sa guérison fut-elle très-rapide. M... est âgé de 46 ans, plein de force et de vigueur, et bien pourvu d'embonpoint; il ne se plaint encore que de soif ardente, d'appétit désordonné, et il est frappé de la grande quantité d'urine qu'il excrète ; mais cet état l'inquiète si peu que ce n'est qu'accidentellement, en allant consulter pour sa femme, qu'il parla de sa soif à un médecin illustre, qui reconnut immédiatement une glucosurie et m'adressa ce malade.

M... rend 5 litres 1/2 d'urine dans les 24 heures; leur couleur est peu foncée, leur odeur faible, leur densité de 1,027; bouillies avec le réactif de Frommeherz, elles le réduisent; bouillies avec le lait de chaux, elles le colorent; examinées à l'aide de l'appareil de polarisation, elles exercent dans un tube de 303^{mm} une déviation de 6°,5. J'en conclus qu'elles renferment 46 grammes de sucre de fécule par litre.

M... est donc affecté de glucosurie, mais à un degré peu intense. Il est, disais-je dès le premier jour, dans des conditions où, sous l'influence du régime, on peut espérer un rétablissement complet, en ayant soin de temps à autre de s'assurer de l'état des urines pour régler le régime en conséquence de cet état.

Mes prévisions n'ont pas été démenties par l'expérience : deux jours s'étaient à peine écoulés que les urines de M... ne contenaient plus de sucre de fécule, qu'elles étaient revenues à la quantité, à la couleur et à la densité normales 1,018. On permit des féculents en proportion modérée; les urines furent analysées à deux reprises différentes, et on n'y décela pas la moindre trace de glucose. La santé de M... a toujours continué à être excellente.

Obs. III. — La malade, qui va faire le sujet de notre troisième observation suivie de guérison, n'était pas dans des conditions aussi heureuses. Affectée de glucosurie depuis plus de six mois, son embonpoint avait disparu et ses forces avec lui, malgré un appétit intense et toujours convenablement satisfait. Enfin la glucosurie fut reconnue par un célèbre médecin que madame...

alla consulter, et elle me fut adressée. Elle rendait en 24 heures 4 litres 3/4 d'urine d'une densité de 1,039, exerçant une déviation de 11° à l'appareil de M. Biot, vue dans un tube de 303^{mm}: elle contenait par litre 82 grammes 5 de sucre de fécule. Madame... adopta aussitôt le traitement hygiénique que j'ai fait connaître ; huit jours après, les forces revinrent un peu ; madame... ne rendait plus qu'un litre et demi d'urine dans les 24 heures, mais elle exerçait encore une déviation de 5° dans un tube de 303^{mm} ; elle contenait 37 grammes 25 de glucose par litre. On redoubla de sévérité pour le régime ; on prescrivit pendant dix jours 5 grammes de carbonate d'ammoniaque par jour. Les urines étaient revenues à 0 lit.,85, elles ne contenaient plus aucune trace de sucre de fécule. Je les ai examinées à plusieurs reprises, et jamais je n'y ai surpris de glucose, quoique madame... se soit remise peu à peu à l'usage modéré des féculents. Madame... a repris tout son embonpoint, ses forces et son énergie.

Obs. IV. — La dernière malade dont il me reste à parler n'est pas encore aussi complétement rétablie, parce que sa maladie était complexe, ses urines renfermaient à la fois de la glucose et de l'albumine ; elles ne contiennent plus que ce dernier corps en très-petite proportion, et la santé générale s'est considérablement améliorée.

Madame... est âgée de 64 ans ; il est probable qu'elle est glucosurique depuis longtemps ; elle se décida à aller consulter un des membres les plus distingués de l'Académie de médecine, qui reconnut sa maladie et me l'adressa.

Madame..., depuis six mois, a considérablement maigri ; ses facultés intellectuelles ont également faibli : un rien l'attriste et l'accable. Le soir, en se couchant, elle remarque un gonflement notable des pieds et du bas de la jambe ; elle rend dans les 24 heures 3 litres 75 d'urine d'une densité de 1,035, exerçant une rotation de 9° dans un tube de 303^{mm}, contenant par conséquent 67 gr. 5 de glucose par litre.

Madame... suivit immédiatement le traitement hygiénique ; la soif diminua, les urines diminuèrent en quantité : madame... n'en rendait plus qu'un peu moins d'un litre : mais examinées à l'appareil de polarisation, elles exercèrent encore une déviation de 3° ; elles contenaient encore 21 gr. 5 de glucose par litre ; la proportion d'albumine était restée la même. Je prescrivis alors le carbonate d'ammoniaque à la dose de 5 grammes par jour, associé avec 5 grammes de thériaque. Cette médication fut suivie d'heureux effets. Madame... m'apporta des urines qui ne conte-

naient plus de glucose. Le carbonate d'ammoniaque fut suspendu et le traitement hygiénique continué; les urines furent examinées à plusieurs reprises; leur densité variait de 1,015 à 1,021; la présence du sucre de fécule n'y fut plus décelée; l'albumine y persista, mais en moindre proportion. Je déterminai la quantité d'urée rendue dans 24 heures, et je la trouvai égale à 16 gr. 25. Je permis d'abord 30 grammes de pain ordinaire par jour, puis 100 grammes; les urines furent soigneusement examinées, la glucose ne reparut pas, et la quantité d'albumine diminua et devint presque insensible.

Madame... n'a pas encore repris son embonpoint primitif; mais ses forces et son énergie sont revenues : elle jouit d'une santé dont s'accommoderaient beaucoup de femmes de son âge.

La présence d'une très-petite quantité d'albumine dans l'urine est en général d'un fâcheux augure quand elle coïncide avec celle de l'acide benzoïque, avec une diminution considérable d'urée, avec une augmentation notable dans la quantité d'urine et un dérangement dans les fonctions digestives; mais quand ces coïncidences n'existent pas, le pronostic doit être beaucoup moins grave; c'est pourquoi j'espère que madame... pourra jouir longtemps d'une santé satisfaisante, et que je la classe au nombre des malades guéris de la glucosurie.

Résumé. — La glucosurie consiste essentiellement en une perversion de la digestion des féculents. Ces aliments, au lieu d'être dissous dans les intestins, comme cela s'effectue normalement sous l'influence du suc pancréatique, le sont dans l'estomac, qui fournit alors un suc gastrique contenant de la diastase. Le pancréas alors peut être atrophié et son canal oblitéré.

L'hypothèse qui voulait que le sang des glucosuriques fût neutre ou alcalin est inexacte, et la prescription de continuer l'usage des féculents en administrant le bicarbonate de soude est dangereuse; car on substitue une médication, le plus souvent inutile, à un traitement dont l'expérience a démontré l'efficacité.

Il m'a paru impossible jusqu'ici de réunir dans les hôpitaux toutes les conditions indispensables à la réussite du traitement hygiénique de la glucosurie; un résultat *temporairement* avantageux est le seul succès que l'on puisse espérer de ces essais incomplets.

Quand on peut traiter un glucosurique, assez dans l'aisance et assez intelligent pour suivre ponctuellement le traitement hygiénique que j'ai fait connaître, aidé quelquefois du carbonate d'ammoniaque, voici les résultats que l'on obtient. S'il n'existe ni

tubercules pulmonaires ni maladie incurable du pancréas ou de ses conduits, on obtiendra un rétablissement rapide qui, dans le plus grand nombre de cas, s'échangera en une guérison solide, pourvu qu'on soit sobre de féculents et que les urines soient assidûment surveillées pour suspendre immédiatement l'alimentation féculente au moindre indice de récidive.

THÉRAPEUTIQUE. — 5. *De l'emploi de l'iodure de potassium dans les maladies syphilitiques ;* par M. PAYAN, chirurgien en chef à l'Hôtel-Dieu d'Aix (Bouches-du-Rhône).

(Suite et fin : *voir* t. I, janvier 1846, p. 27 ; t. II, février, p. 48 ; t. III, mars, p. 82 ; t. IV, avril, p. 66 ; t. V, mai, p. 45 ; t. VII, juillet, p. 57 ; t. VIII, août, p. 44 ; t. IX, septembre, p. 74 ; t X, octobre, p. 75 ; t. XI, novembre, p. 52.)

(Revue médicale, novembre 1846.)

§ XII. — *Appréciation pratique et comparative de l'action du mercure et de l'iodure de potassium contre la syphilis* — Il suffit d'être quelque peu versé en littérature médicale pour savoir qu'il est peu de points de thérapeutique qui aient été aussi controversés, en ces derniers temps, que le traitement des affections syphilitiques. Les uns ont, en effet, préconisé contre elles les antiphlogistiques, la diète, les adoucissants, les regardant même comme suffisants ; c'était ceux qui, voulant rompre avec les doctrines antiques, et marchant sous la bannière un peu humiliée maintenant du physiologisme Broussaisien, cherchaient à nier l'existence de la syphilis comme maladie virulente, et par conséquent l'importance des remèdes spéciaux pour la combattre. Les autres, tout en reconnaissant que le mercure a souvent entraîné de graves accidents, savoir quand il avait été mal administré ou irrationnellement prescrit, ont hautement proclamé l'excellence, la nécessité même de cet agent thérapeutique contre la syphilis, dont il a été par-là même considéré comme en quelque sorte le spécifique. Ceux-ci enfin, tout en admettant l'importance d'une médication spéciale, ont cherché à constater si au mercure, auquel on peut adresser certains reproches, on ne pourrait pas substituer quelque autre agent médicateur qui, exempt des inconvénients de ce dernier, en possédât la puissance antisyphilitique. Quant à nous, en particulier, nous avons fait connaître par tout ce qui précède de ce travail que nous nous rangeons au nombre de ces praticiens, les plus nombreux de beaucoup, qui croient à l'existence de la syphilis comme maladie virulente, et certes nous avons acquis cette conviction non-seulement d'après les leçons des maîtres et de nos auteurs, mais aussi d'après une foule de faits que nous avons pu observer soit dans notre pra-

tique privée, soit dans des services publics dans des hôpitaux populeux ; et vraiment nous ne concevons point les hommes à théories exclusives, s'il en est encore, qui veulent nier l'existence d'un virus tout spécial, lorsque l'expérience leur démontre tous les jours que l'homme, qui abuse du coït avec une femme saine, n'expose ses organes génitaux à aucune maladie consécutive, tandis qu'il les compromet cruellement, au contraire, en cohabitant un instant avec une femme suspecte ; qui, considérant, par conséquent, tous les raisonnements qui tendent à faire entrer le phénomène de l'infection dans la règle générale, comme spécieux et hasardés, et trouvant, après avoir comparé le fait et l'explication, celle-ci incomplète, veulent ne pas admettre un état morbide spécial, qui exige le plus ordinairement un mode particulier, spécial, de traitement.

Eh bien ! il est amplement démontré pour nous que le mercure et l'iode, ou plutôt l'iodure de potassium, sont les deux principaux remèdes qui composent le meilleur et le plus sûr traitement des divers symptômes de la syphilis, et comme chacun d'eux présente ses indications particulières, et convient plus spécialement à certains cas, suivant que les accidents appartiennent à telle ou telle période de la maladie, il a paru utile à notre sujet et convenable au plan que nous voulons suivre, d'établir un état comparatif de l'action thérapeutique des deux médicaments dans leur application aux diverses périodes de la maladie, savoir contre les accidents tertiaires, secondaires et primitifs.

1° Et d'abord, il ne saurait exister de difficulté sur le choix à faire, entre les deux médicaments, contre les accidents tertiaires. A l'iodure de potassium, sans contredit, la palme dans cette époque de la maladie syphilitique. Qui ne sait, en effet, combien alors est généralement peu efficace la médication mercurielle, sous quelque forme qu'on l'emploie ; combien même elle est susceptible d'aggraver, dans bien des circonstances, ces vieilles syphilis ? Nous avons vu, par le fait, que les cas les plus graves que nous avons mentionnés, quand nous parlions des accidents tertiaires, avaient été inutilement traités par le mercure, qui souvent même avait semblé exaspérer le mal. Eh bien, c'est alors, comme nous l'avons prouvé par nos propres observations, de même que par les nombreuses citations que nous avons faites d'après la pratique des autres, que l'iodure de potassium s'est montré remarquablement efficace. Il ne nous est pas arrivé une seule fois de ne pas obtenir, ou bien la guérison, lorsqu'il nous a été donné de pouvoir conduire le traitement à sa fin, ou bien une amélioration très-marquée, lorsque certaines circonstances

nous ont forcé à le suspendre trop tôt. Remarquons aussi que les auteurs, qui ont, comme nous, fait connaître les résultats de leur pratique sur cette matière, ne mentionnent que des succès, et restent muets sur les revers. C'est que, comme nous, ils ont été frappés, enchantés des résultats avantageux qu'ils ont constamment obtenus. De quel autre médicament pourrait-on tenir un semblable et si rassurant langage? Aussi, c'est sans crainte d'errer que nous proclamons hardiment que, non-seulement l'iodure de potassium doit être préféré au mercure contre les accidents tertiaires de la syphilis, mais qu'encore ceux-ci trouveront dans ce médicament un spécifique réel, qui semblera en triompher d'autant plus facilement qu'ils seront plus invétérés et plus graves.

2° Nous ne nous permettrons pas de tenir un langage aussi assuré en faveur du sel ioduré contre les accidents secondaires de la syphilis. Si nous avons eu à citer de beaux succès obtenus dans ces cas par l'iodure de potassium, nous n'aurions été aucunement embarrassés pour en mentionner de bien remarquables aussi, fournis par les préparations mercurielles. On s'accorde généralement à reconnaître, au moins en France, que le mercure est le meilleur remède que l'on puisse opposer à la syphilis pour le traitement des symptômes secondaires auxquels elle donne naissance. On comprend dès-lors ce qu'une opinion aussi accréditée présente d'imposant. Aussi nous n'oserons pas avouer qu'un plus grand nombre d'essais, tentés avec la médication iodurée contre ces accidents secondaires, devrait la battre en brèche. Nous n'avons point, pour cela faire, suffisamment consulté les faits et l'expérience. Nous savons d'autre part que M. Ricord, cet habile appréciateur de tout ce qui tient à la thérapeutique des maladies syphilitiques, tient pour le mercure contre les accidents secondaires et presque exclusivement; car ce n'est que lorsque ceux-ci sont sur la limite des accidents tertiaires, qu'il conseille d'associer aux mercuriaux l'iodure de potassium. Nous ne pouvons pourtant pas oublier quelles belles guérisons de syphilis secondaires nous avons obtenues à l'aide de l'iodure de potassium seul, et nous regrettons en ce moment de ne pas avoir pu généraliser davantage nos essais, pour que la vérité sur ce point brillât à nos yeux plus complète. En attendant donc que cette question soit mieux étudiée par des essais comparatifs, nombreux, nous nous plaisons à souscrire en faveur de l'opinion générale, en faisant toutefois quelques réserves, c'est-à-dire en admettant comme démontré pour nous, ainsi que nous l'avons précédemment déclaré, que l'iodure de potassium doit être considéré comme

antisyphilitique, même dans le deuxième âge de la syphilis, bien que son efficacité y soit moins rapide que dans le troisième âge; qu'il est très-utile contre la plupart des syphilides; qu'en général, son action apparaîtra d'autant plus efficace que les accidents secondaires seront plus rapprochés de la catégorie des accidents tertiaires; qu'il y aura lieu d'y recourir plutôt qu'à toute autre médication, lorsque ces accidents secondaires se seront montrés réfractaires à l'action des mercuriaux, et qu'enfin il sera plus convenable de le prescrire de prime abord, lorsque la présence de ces accidents apparaîtra sur une constitution débilitée, ou quand ces accidents, par leur ancienneté ou leur manière d'être, se rapprocheront beaucoup de la classe tertiaire. Ajoutons que souvent aussi on se trouvera bien, à cet âge secondaire de la maladie syphilitique, d'associer l'usage de l'iodure de potassium à celui du mercure, l'un pouvant utilement aider l'autre.

3° Nous n'ignorons pas non plus combien est solidement établie la réputation du mercure contre la syphilis primitive en général, et surtout dans les cas de chancre induré et de bubon. Car, de l'aveu général, ces derniers réclament impérieusement la médication mercurielle. Il est vrai que le mercure modifie, quand il est bien administré, la marche et la durée du mal; qu'il s'oppose à la production des accidents secondaires, inévitables sans cela. Mais nous avons aussi vu que l'iodure de potassium a bien guéri les syphilis primitives entre nos mains; et réellement nous ne pourrions consentir, après les faits dont nous avons été témoin, et que nous avons relatés, à considérer, dans ces cas, l'iodure de potassium comme dépourvu d'effets curatifs. Car, avec ce médicament, nous avons guéri aussi bien peut-être que nous aurions pu l'espérer par un traitement mercuriel. Nous avons cité d'autres faits, émanant d'autres praticiens qui ont aussi obtenu de beaux résultats curatifs. Cependant, tout en admettant que, même contre les accidents primitifs, l'iodure peut être utilement employé, nous estimons qu'en général le mercure devra être préféré, puisqu'il est sûr, ou à peu près, dans son action; qu'il est peut-être d'une administration plus facile; que son efficacité est mieux établie que celle de l'iodure de potassium, qui a été moins expérimenté jusqu'à ce jour.

Nous avons indiqué précédemment les quelques circonstances où le traitement ioduré doit pourtant être préféré; nous jugeons donc inutile de les reproduire.

Nous terminons ici notre appréciation comparative entre le mercure et l'iodure de potassium, sans y avoir donné toute l'extension que nous aurions voulu, si le temps nous eût moins pressé.

Et qu'importe, d'ailleurs, qu'un seul de ces médicaments ne puisse pas s'appliquer à tous les cas d'accidents syphilitiques ? Il est acquis à la science pratique que, dans les accidents primitifs, dès que l'induration des tissus où ils résident est apparue, laquelle est la preuve que l'empoisonnement général syphilitique existe ou va se faire, le mercure bien administré constitue un excellent moyen, le plus excellent peut-être que la thérapeutique puisse opposer à cet ordre d'affections; il est encore établi que le même médicament guérit aussi très-bien en général dans les cas d'accidents secondaires. Eh bien! sauf les quelques cas, où nous avons dit qu'il fallait alors s'adresser à l'iodure de potassium, recourons au mercure, et laissons à l'iodure de potassium la tâche de guérir les accidents tertiaires. La part de ce dernier, alors même qu'il faudrait le restreindre à la seule syphilis tertiaire, n'en serait pas moins belle, moins précieuse à l'art. Les deux médicaments se compléteraient ainsi l'un par l'autre. Toutefois, faisons bien observer que nous n'entendons pas dire que l'iodure de potassium puisse parfois, souvent même, être appliqué dans les autres âges de la syphilis. Nous nous sommes suffisamment expliqué déjà à ce sujet. Si par une supposition toute gratuite, la thérapeutique devait être réduite au choix absolu d'un seul des deux médicaments pour tous les cas de syphilis, nous pensons réellement qu'elle devrait de préférence conserver l'iodure de potassium, qui, souverain contre les accidents tertiaires, se montre encore utile et curatif dans les autres phrases de la maladie. Mais nous n'en sommes pas à cette extrémité, et les deux medicaments, désormais acquis à la thérapeutique, lui prêteront à jamais leur mutuel concours, au grand avantage de l'art de guérir.

On nous pardonnera de ne pas avoir aussi étendu cette appréciation comparative à l'or et à l'argent, dont les préparations ont été encore recommandées dans la médication anti-syphilitique.

Quant à l'or, par exemple, quoique M. Ricord ait déclaré dans son *Traité des maladies vénériennes*, que, comme méthode générale dans les accidents primitifs, il lui a toujours paru nul et inutile; que, dans les accidents consécutifs généraux, c'est la médication qui a été la plus incertaine, et que, lorsqu'on l'a administré dans des cas assez caractérisés où d'autres méthodes avaient échoué, celle par le mercure en particulier, il lui a semblé que c'était plutôt à la cessation des remèdes intempestifs qu'à l'or lui-même, qu'il fallait attribuer les honneurs de la cure; quoique M. Lagneau, d'autre part, ne soit pas mieux porté à croire à l'efficacité des remèdes aurifères : nous savons aussi que

les docteurs Chrestien, Bourquenod, Cullerier, Duportal, Girardot, Hufeland, Labat, Lallemand, Niel, Pourché, Risueno d'Amador, Souchier, Legrand et autres ont reconnu à l'or des propriétés anti-syphilitiques, et nous-même, nous avons pu nous en assurer quelquefois. Mais, nous osons le déclarer sans crainte d'erreur, ce médicament ne pourrait soutenir le parallèle avec l'iodure de potassium en aucun point. Ce dernier même nous paraît destiné à expulser entièrement les aurifères du domaine de la thérapeutique anti-syphilitique, puisqu'il remplit d'une manière sûre les indications curatives qu'on cherchait à obtenir avec l'or, dont l'action est assez incertaine.

Il serait moins opportun encore d'établir une comparaison entre l'argent et l'iodure de potassium.

§ XIII. — *Quelques propositions terminales.* — L'iode et l'intéressante famille de composés, dont il est la racine ou le principe actif, constituent de précieux agents thérapeutiques, qui s'appliquent avec les plus grands avantages à une foule d'états morbides divers.

Une expérience souvent renouvelée apprend d'une manière incontestable que l'iode, de même que les médicaments iodurés qui sont ingérés à l'intérieur, possède des propriétés anti-syphilitiques réelles.

C'est ainsi que de beaux succès contre la syphilis ont été obtenus avec l'iode pur, l'iodure d'amidon, l'iodure de fer, l'iodure de potassium.

Mais, de tous ces remèdes iodurés, l'iodure de potassium l'emporte de beaucoup sur ses congénères, et mérite de leur être préféré dans la presque totalité des cas. Il est d'un emploi plus facile, ne fatigue pas l'estomac, augmente souvent l'appétit, active la nutrition, et est doué de propriétés éminemment curatives.

L'iodure de potassium ne nous paraît posséder sa force virtuelle ou curative contre la syphilis qu'à cause de l'iode qu'il contient; et, si celle-ci est plus prononcée dans ce médicament que dans les autres préparations iodurées, c'est sans doute parce que sa composition chimique permet d'en faire ingérer, sans fatigue pour les organes digestifs, des proportions plus considérables, et d'en faire continuer plus longtemps l'usage. Il se pourrait toutefois aussi que sa composition intime contribuât à le rendre plus efficace.

L'iodure de potassium n'est pas indistinctement applicable, avec le même degré de vertu curative, contre tous les âges de la

syphilis, ou contre les diverses espèces d'accidents qui la caractérisent.

Il est d'une efficacité remarquable, presque toujours héroïque, contre les accidents tertiaires. On peut même le dire le spécifique de ces accidents : il s'y applique à tous les cas, et l'on a presque toujours lieu d'être étonné de l'amélioration prompte qu'il produit.

Quoique moins efficace contre les accidents secondaires, il mérite pourtant contre eux la qualité de remède anti-syphilitique : nous avons la conviction qu'on peut l'utiliser fréquemment pour les combattre.

L'expérience démontre; toutefois, que plus les accidents secondaires sont d'une date ancienne ou se rapprochent de la catégorie des accidents tertiaires, plus aussi ils sont accessibles à l'action curative de l'iodure.

C'est surtout lorsque la médication mercurielle se montre impuissante ou d'une trop faible action contre ces accidents secondaires, ou bien lorsque ceux-ci apparaissent chez des sujets à constitution plus ou moins délabrée, qu'il convient d'y substituer ou bien d'y adjoindre l'emploi de l'iodure de potassium.

Il nous a paru souvent très-utile, dans ces cas, de combiner ensemble les deux médications. Elles nous ont semblé se renforcer puissamment l'une par l'autre.

Nous avons précédemment indiqué, soit d'après notre pratique, soit d'après celle d'autres praticiens, quelles sont les manifestations syphilitiques secondaires qui peuvent être le plus avantageusement traitées par l'iodure de potassium.

L'iodure de potassium ne doit pas non plus être considéré comme dénué de propriétés anti-syphilitiques contre les accidents primitifs de la syphilis. Nous l'avons, en effet, administré avec avantage, ainsi qu'il consiste d'après nos observations, contre des chancres indurés seuls, contre des chancres accompagnés de bubons, contre des pustules humides de la vulve.

En conséquence, si nous pensons qu'en général la médication mercurielle suffit et doit être préférée contre les accidents primitifs (chancres, bubons, pustules humides, gonorrhée virulente), nous croyons aussi, que si elle devient impuissante pour combattre ces accidents, ou si quelque circonstance particulière la rend contre-indiquée, on devra lui substituer l'iodure de potassium, préférablement aux préparations d'or, d'argent, de platine qu'on a voulu considérer comme des succédanés du mercure. Nous croyons encore qu'il pourra être parfois utile, au moins dans la

seconde période du traitement, d'associer l'usage de l'iodure de potassium à celui des mercuriaux.

Toutefois, l'efficacité de l'iodure de potassium contre les maladies syphilitiques est en raison de l'ancienneté des accidents qui les caractérisent.

Comme il en est tout autrement de l'action du mercure, qui reste généralement peu efficace contre les accidents tertiaires, il s'en suit que les applications de l'iodure de potassium à leur traitement comblent une lacune qui, auparavant, se faisait préalablement sentir dans la thérapeutique des maladies syphilitiques.

Les quelques inconvénients que présente parfois l'iodure de potassium, tels que certaines irritations cutanées, certains phénomènes irritatifs aussi sur les muqueuses conjonctivale, nasale, labiale, laryngo-pharyngée, et qu'une administration bien coordonnée peut en grande partie prévenir, ne sauraient servir d'argument sérieux contre ce médicament. Bien éloignés des symptômes graves d'iodisme que produisait souvent l'usage de l'iode pur, ils ne sont rien presque comparativement aux grands résultats thérapeutiques que l'art en perçoit tous les jours.

L'iodure de potassium manifeste également sa puissance curative, soit qu'on l'administre dissous dans l'eau distillée, ou dans le sirop de salsepareille, dans une tisane de saponaire, de salsepareille ou autre, ainsi que nous l'avons précédemment indiqué.

L'expérience nous a fait reconnaître qu'il suffit de la dose, en commençant le traitement, de demi-gramme à 75 centigrammes par jour, du remède, dose qu'on élève graduellement à deux ou trois grammes. Quelques estomacs plus impressionnables n'en supportent que 25 centigrammes au début.

Quand nous croyons devoir associer le traitement mercuriel au traitement par l'iodure de potassium, nous administrons généralement les pilules de deuto-chlorure de mercure au nombre de deux par jour, plus le sirop de salsepareille ioduré, dans les proportions d'un gramme d'iodure de potassium par trente grammes de sirop, et à la dose d'une à trois cuillerées dans les 24 heures. Dans des circonstances pareilles, M. Gibert se trouve très bien d'administrer le sirop de deuto-iodure ioduré de mercure, où l'iodure de potassium est associé au bi-iodure de mercure : cette préparation nous paraît bonne.

Disons enfin que l'iodure de potassium doit être considéré comme le remède par excellence des cas de syphilis où les préparations mercurielles ont échoué ; que, réciproquement, celles-ci peuvent guérir des maladies qui se sont montrées réfractaires

à l'iodure de potassium, et que ce dernier complète à merveille ce que présentait naguères d'insuffisant la thérapeutique des affections syphilitiques.

Ici se termine le travail pratique que, pour répondre à l'appel scientifique d'une des plus célèbres sociétés de médecine du royaume, nous avons rédigé avec le plus d'attention qu'il nous a été possible, au milieu des préoccupations de notre pratique. Nous avons tâché, en parcourant la voie un peu hardie dans laquelle nous nous étions engagé, de nous laisser spécialement guider par les notions d'une saine expérience, afin d'atteindre plus sûrement le but vers lequel devaient tendre nos efforts. Nous serions trop heureux s'il était trouvé que nous avons rempli notre tâche, conformément aux intentions du corps savant à qui nous adressons notre œuvre. Puisse, du moins, une bienveillante indulgence suppléer à notre égard à ce que ne peut pas toujours produire le zèle le mieux intentionné!

SOMMAIRE DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE MÉMOIRE CI-DESSUS.

§ Ier. Considérations préliminaires.
§ II. Historique des essais qui prouvent que l'iode et les préparations iodurées jouissent des propriétés anti-syphilitiques.
§ III. A laquelle des préparations iodées faut-il donner la préférence pour le traitement des maladies syphilitiques?
1° Ce n'est point à l'iode, et pourquoi?
2° Ce n'est point à l'iodure d'amidon.
3° Iodure de fer.
4° Iodure de potassium.
5° Iodure de potassium ioduré.
§ IV. Mode d'administration de l'iodure de potassium.
§ V. L'iodure de potassium est-il indistinctement applicable à toutes les périodes de la syphilis?
§ VI. De l'iodure de potassium contre les accidents tertiaires de la syphilis.
§ VII. De l'iodure de potassium contre les accidents secondaires de la syphilis.
§ VIII. De l'iodure de potassium contre les accidents primitifs de la syphilis.
§ IX. Posologie de l'iodure de potassium.
§ X De la durée du traitement par l'iodure de potassium contre la syphilis.
§ XI. Action physiologique et pathogénique de l'iodure de potassium.
Art. I. Du mode général d'action de l'iodure de potassium.
Art. II. Action de l'iodure de potassium sur diverses membranes muqueuses.
1° Action sur la conjonctive oculaire.
2° Action sur la membrane muqueuse des narines.
3° Action sur la membrane muqueuse de la bouche (ptyalisme iodique).
4° Action sur la membrane muqueuse des bronches.
5° Action sur la membrane muqueuse de l'estomac et des voies digestives.
6° Action sur la membrane muqueuse des organes génito-urinaires.
7° Action sur les reins.
8° Action sur la circulation.
9° Action sur la peau.
10° Action sur le système nerveux.
§ XII. Appréciation pratique et comparative de l'action du mercure et de l'iodure de potassium contre la syphilis.
§ XIII. Quelques propositions terminales.

6. *Sur le traitement de l'érysipèle par des vésicatoires linéaires appliqués à l'entour du lieu malade* ; par M. Piorry, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

(Revue médico-chirurgicale, janvier 1847.)

Dupuytren faisait appliquer un vésicatoire au centre de l'érysipèle aigu ; et cela dans l'intention, soit d'en fixer le siége, soit de modifier la peau malade, de telle sorte que le mal fût ainsi arrêté dans sa marche : il avait pris, je crois, cette pratique de M. Bobe-Moreau. C'est là, en effet, un des meilleurs moyens curatifs de cette dermite, et c'est précisément les succès que j'ai obtenus dans de semblables circonstances, qui m'ont conduit à employer l'emplâtre épispastique dans la variole. Toutes les fois, que, dans mon service à la Pitié, il arrive qu'un erysipèle se déclare à la face, et tend à se propager vers l'orbite, toutes les fois que, dans sa marche progressive, il envahit des surfaces tégumentaires de plus en plus vastes, toutes les fois encore qu'il semble devenir plus profond, plus aigu et partant plus grave, je fais appliquer un vésicatoire sur le point le plus central du mal dont il s'agit.

Depuis six ans un nombre de faits considérable ont permis aux élèves de constater, sur des malades du service, l'utilité de cette médication.

Tantôt le vésicatoire a brusquement arrêté la marche progressive de la dermite ; tantôt il en a calmé la violence, et, chose qu'il ne faut pas oublier, c'est que son application n'a pas été plus douloureuse que l'érysipèle lui-même, et qu'il n'y a pas eu à sa suite de cicatrices plus marquées, ou de teinte rouge plus prononcée que s'il n'eût pas été placé. En 1845 seulement, nous avons observé trente faits de ce genre.

Il est une autre méthode, à laquelle j'ai quelquefois recours, et qui est d'ailleurs bien connue. Elle consiste à cautériser légèrement, avec l'azotate d'argent, la peau saine à deux ou trois centimètres par delà le lieu où existe la limite de la dermite extensive. On trace de cette façon une sorte de couronne autour du mal, et celui-ci ne manque pas, le plus souvent, de s'étendre le lendemain précisément jusqu'au point où l'azotate d'argent a déterminé une légère phlegmasie. Il est curieux de voir, sur un très-grand nombre de malades, l'érysipèle former, jusqu'au point cautérisé, une surface rouge, saillante et douloureuse, tandis que, juste au-delà de la marque faite avec l'azotate d'argent, la peau est parfaitement saine.

Toutefois cette méthode est loin d'arrêter toujours complétement la propagation du mal : cet arrêt a lieu tant que la phleg-

masie très-légère et superficielle produite par l'azotate d'argent persiste ; mais comme le plus souvent elle cesse à peu près entièrement dès le troisième jour, à partir de l'époque où elle a été produite, il arrive alors que l'érysipèle s'étend avec une activité toute nouvelle, et en passant par les points où l'inflammation artificielle s'est dissipée ; d'ailleurs, pour peu que l'on ait laissé intacte quelque partie de la surface du tégument, sur le limbe touché avec la pierre infernale, la dermite se propage par cette voie et envahit au loin l'enveloppe cutanée.

C'est en tenant compte de ces faits, que depuis plus d'un an j'emploie avec le succès le plus grand une méthode de traitement, qui se compose à vrai dire des deux précédentes.

Tout aussitôt qu'une dermite extensive ou érysipèle commence à se prononcer avec quelque intensité et apparence de danger, sur quelque point de la peau, et particulièrement à la face, je fais appliquer à deux ou trois centimètres par delà la limite du mal, et sur les points où la peau est encore saine, une bande de vésicatoire de la largeur de deux ou trois centimètres : tout le pourtour du mal est ainsi limité. On a soin que l'emplâtre épispastique, fortement saupoudré de cantharides, soit parfaitement appliqué, et le soit exactement partout. Or, quelques heures après que l'effet phlegmasique et vésicant est produit, la dermite se propage jusques-là, et ne dépasse point cette sorte de barrière ; du moins, dans plus de vingt cas où ce mode de curation a été employé il en est arrivé ainsi. Dans plusieurs de ces faits, il s'agissait d'érysipèles fort graves, et dont le siége était la face, le cuir chevelu, les membres ou même le tronc. Nous avons empêché, de cette façon, des dermites occupant les extrémités inférieures de remonter vers le tronc, des érysipèles du tronc de s'étendre aux membres, et enfin des érysipèles du cuir chevelu ou de la face de se propager aux orbites et à l'œil.

Les dermites dont il s'agit avaient toutes pris leur point de départ dans de petites solutions de continuité sécrétant du pus, dans des ulcérations fort peu étendues, dans des plaies recouvertes de croûtes. La plupart de ces érysipèles, pour des observateurs inattentifs, auraient été considérés comme produits par des *causes internes*, et cependant l'estomac, les intestins étaient libres ; à part les enduits de la langue, qui, en vérité, n'indiquent rien de positif, il n'y avait point de symptômes qui pussent faire admettre l'existence de ce qu'on a appelé saburres ou embarras gastriques (*gastrocholies* ; — *gastremphraxies*). Parfois il y avait des ganglions lymphatiques engorgés sous les mâchoires ; mais ceux-ci existaient avant la dermite, et avaient été, comme elle, la suite

des affections locales, plaies, ulcérations, abcès dont il a été parlé; c'était là évidemment le résultat de la propagation de la lésion primitive par les lymphatiques; de la même façon que, dans la dermite, cette propagation avait eu lieu par la peau. Dans l'un et l'autre cas, il semblait évident que la phlegmasie extensive avait eu un caractère septique; seulement, pour les lymphatiques et les ganglions auxquels ces vaisseaux se rendent, il y avait eu transport de pus altéré dans ces canaux, tandis que rien de semblable ne pouvait avoir eu lieu dans l'érysipèle.

L'exemple le plus saillant de l'heureux résultat, dont est suivi l'application du vésicatoire linéaire, circonscrivant une portion de tégument atteint de dermite extensive, a rapport à un malade qui se trouve encore dans la salle Saint-Raphaël de la Pitié, n° 28.

Cet homme éprouva, à la suite d'une écorchure au pied, une dermite superficielle extensive, et en même temps une angioleucite et une phlébite intenses. Le mal envahit la jambe et le tissu cellulaire sous-jacent à la peau. Au moment où le péril était le plus grand, où le pouls devenu très-faible battait cent trente fois par minute, où le facies était profondément altéré, on appliqua un vésicatoire de six centimètres de diamètre tout autour de la cuisse malade, au-dessus du genou, et à dix centimètres par-delà le lieu où la dermite existait. La phlegmasie s'étendit le lendemain jusque-là; mais ne dépassa pas ce point. La plessimétrie, au moyen d'une matité absolue, d'une sorte d'absorption du son, et de l'absence de toute élasticité; *plus tard* une fluctuation obscure, firent reconnaître la présence du pus disséminé dans le tissu cellulaire de la jambe. Je fis appeler mon collègue M. Bérard jeune, qui pratiqua de larges incisions; un fluide puriforme et sanguinolent s'écoula en abondance de foyers multiples; la peau de la jambe fut frappée de nécrosie dans plus de la moitié de son étendue, et celle du pied se gangréna dans la plus grande partie de sa face supérieure; le tendon d'Achille fut mis à découvert, et cependant cet homme ne périt pas, grâce, sans doute, au traitement suivant, que des élèves zélés exécutèrent pendant longtemps avec une grande persévérance.

Des lotions, des injections furent faites un très-grand nombre de fois par jour, avec l'eau créosotée, et cela dans l'intention d'enlever le pus, d'empêcher sa stagnation, et de prévenir sa décomposition; l'alcool créosoté, le tannin contenu dans l'écorce de quinquina servirent à empêcher la putréfaction des escarrhes qui, tombant par lambeaux, laissèrent à nu plus de la moitié de la surface de toute la jambe et du pied. La suppuration était alors

très-abondante ; on insista plus que jamais sur les lotions avec l'eau créosotée pour prévenir la résorption du pus ; cette énorme plaie fut ensuite pansée, comme on le fait pour les ulcères des jambes, avec les bandelettes de diachylon. La cicatrice commença bientôt et, en trois mois, la vaste perte de substance qui avait eu lieu fut guérie. Le tissu de la peau qui restait avait tellement prêté que le tendon d'Achille s'était recouvert de cette même peau, et que le tissu de nouvelle formation qui constituait la cicatrice n'occupait que le cinquième du bas de la jambe. C'est, en vérité, une chose merveilleuse que de voir avec quelle promptitude, et de quelle manière se réparent les pertes considérables de substance éprouvées dans certains cas par le derme.

Le traitement interne fut pour beaucoup sans doute dans un tel résultat ; il fut éminemment réparateur, surtout pendant la durée des premiers accidents, et alors que le pouls était filiforme, et le facies en quelque sorte cadavérique : des bouillons concentrés, des potages, du vin de Bordeaux pur, des viandes rôties et grillées, furent les principaux moyens employés ; l'on y joignit du vin de quinquina, la respiration de l'alcool créosoté, et des soins d'aération et de propreté extrêmes.

Le malade est encore dans les salles ; il attend que la cicatrice soit devenue assez ferme pour lui permettre de marcher, alors qu'un bandage bien fait la soutiendra. Il est curieux de voir encore la cicatrice du vésicatoire qui a véritablement conservé cet homme, en empêchant la propagation de la dermite, cicatrice qui forme une sorte de jarretière autour de la cuisse.

---

7. *Sur un nouveau moyen de supprimer la douleur dans les opérations chirurgicales* ; *découvert* par M. Morton, de Boston.

(Revue médico-chirurgicale, janvier 1847.)

Nous avons à annoncer à nos lecteurs une découverte dont il ne faut pas sans doute exagérer l'importance, mais dont la valeur ne saurait être méconnue. De nombreux essais en ont déjà été faits en Amérique et en Angleterre ; nous avons commencé à notre tour quelques tentatives, et il n'est pas douteux qu'elle ne fasse bientôt le tour du continent européen. Il s'agit de rendre les malades insensibles à la douleur durant les plus graves opérations chirurgicales.

La première idée en revient à un dentiste de Boston, le docteur Morton, bien qu'un brevet d'invention, pris à la fois en Amérique et Angleterre, porte les deux noms du docteur Morton, dentiste, et du docteur Jackson, chimiste. M. Morton faisait respirer à ses clients une certaine vapeur pour opérer sans

douleur l'arrachement des dents. Ses succès en ce genre ayant éveillé l'attention, M. Warren voulut essayer l'efficacité du nouveau moyen chez un malade de l'hôpital général de Massachussett. Voici le récit qu'en fait le docteur Bigelow, l'un des chirurgiens de l'hôpital (1).

« Le 16 octobre 1846, on opéra à l'hôpital un malade, qui avait été soumis à l'inhalation d'une préparation administrée par M. Morton, dentiste de cette ville, dans l'intention de le rendre insensible à la douleur. M. Morton était connu pour avoir arraché des dents, dans de semblables circonstances, sans que les sujets en eussent la conscience. L'opération fut pratiquée par le docteur Warren, et bien que comparativement légère, elle comprenait une incision de quelques pouces d'étendue près de la mâchoire inférieure. Durant l'opération le patient grommela, comme s'il avait eu à demi la conscience de son état ; et il déclara après, que la douleur, bien que mitigée, avait été considérable ; c'était, selon ses propres paroles, *comme si la peau avait été égratignée.* Probablement l'inhalation avait été mal exécutée ; car le lendemain le même procédé réussit complétement chez un autre malade. Une tumeur graisseuse, d'un volume considérable, fut enlevée du bras d'une femme, près du muscle deltoïde, par le docteur Hayward ; l'opération dura quatre ou cinq minutes, durant lesquelles la malade trahit quelques marques de malaise ; mais, lorsqu'elle eût repris ses sens, elle affirma non-seulement qu'elle n'avait éprouvé aucune douleur ; mais qu'elle était demeurée étrangère à tout ce qui l'entourait et n'avait rien su de l'opération, son inquiétude venant seulement d'un enfant qu'elle avait laissé chez elle. L'imagination n'était ici pour rien ; et pour ceux qui avaient assisté à l'opération, il ne pouvait rester aucun doute qu'elle n'avait pas été sentie. »

Alors la nature du liquide était encore inconnue ; le brevet d'invention ne donnait d'autre désignation que celle d'*un composé anodin.* M. Bigelow se livra donc à quelques expériences en vue de reconnaître la composition du nouvel agent.

« La première expérience fut faite avec l'éther sulfurique, dont l'odeur avait été nettement reconnue dans la préparation employée par M. Morton. On sait que l'éther inhalé en vapeur produit des phénomènes semblables à ceux que développe l'oxyde d'azote. Dans une première expérience sur moi-même, l'exhilaration fut tout aussi marquée, bien que peut-être avec un moindre

(1) *Insensibility during surgical operations produced by inhalation*, read before the Boston society of medical improvement, nov. 9, 1846, by H. J. Bigelow. — *The Medical Times*, january 2, 1847.

sentiment de plaisir, que celle de ce gaz, ou du *haschish* égyptien. Il me parut probable que l'éther aurait pu être inhalé assez longtemps pour déterminer une ivresse excessive et l'insensibilité ; mais dans plusieurs expériences l'exhilaration fut telle, que le sujet ne pouvait plus être contenu et refusait de respirer à travers l'appareil.

« D'autres expériences furent faites ensuite avec l'huile de vin (huile éthérée). On sait qu'elle entre dans la préparation connue sous le nom de *Liqueur anodine d'Hoffman*, qui contient également de l'alcool ; et en conséquence l'essai fut fait avec cette liqueur. Ses effets, sur trois ou quatre sujets qui y furent soumis, furent singulièrement opposés à ceux de l'éther seul. Les patients se trouvaient dans un état de calme, et généralement ils perdaient toute tendance à parler et à se mouvoir. Le sentiment était en partie paralysé, bien que, chose remarquable, les sujets eussent la conscience entière de leur état ; car ils demandaient qu'on les piquât ou qu'on les pinçât, pour voir jusqu'à quel point ils avaient perdu la sensibilité. On essaya l'huile de vin à dose beaucoup plus forte; puis l'éther chlorique, avec et sans alcool, sans obtenir des résultats plus tranchés. »

Comme on voit, M. Morton n'avait pas encore révélé son secret ; mais, soit qu'il ait pris cette détermination de lui-même, soit qu'il ait désespéré de le tenir caché, nous savons aujourd'hui qu'il se sert de l'éther sulfurique en vapeur, mêlé à l'air amosphérique ; et lorsqu'il est venu récemment à Paris, c'est avec l'éther qu'il a tenté lui-même une expérience à l'hôpital Saint-Louis, sur un malade de M. Jobert.

Cependant les chirurgiens américains renouvelaient leurs tentatives. Le docteur Dix se servit de l'éther pour assoupir un jeune homme, à qui il avait une opération à faire près de l'oreille; le docteur Hayward amputa la cuisse à une jeune fille qui n'en sentit rien ; le docteur Warren fit une résection partielle de la mâchoire avec le même bonheur. Le 17 décembre, le docteur Boott, de Londres, reçut une lettre d'Amérique qui l'informait de la nouvelle découverte ; il en fit part à M. Robinson, chirurgien dentiste, qui fit faire aussitôt un appareil convenable, et le 19, il eut la joie d'arracher une dent sans douleur. Le même jour, M. Liston pratiquait, à l'hôpital du collége de l'Université, une amputation de jambe et un arrachement de l'ongle du gros orteil, sans que les deux patients en eussent la conscience. Après lui, M. Fergusson à l'hôpital du *King's college*, M. Tatum à l'hôpital Saint-George, M. Lansdown à Bristol, ont répété ces tentatives avec des succès variés. Cette vive émulation a été quel-

ques instants troublée par la réclamation d'un certain M. Dorr, se disant agent des inventeurs brevetés, et menaçant de poursuivre quiconque ferait usage du moyen nouveau sans son autorisation ; mais les gens de loi consultés ont rassuré les chirurgiens, et M. Dorr aura fort à faire s'il veut poursuivre tous ceux qui se passeront de son autorisation.

Laissons de côté ce triste épisode, qui a soulevé d'ailleurs un blâme général en Angleterre aussi bien qu'en Amérique, et abordons le côté pratique de la question.

L'ivresse, car l'éther en vapeur ne produit pas autre chose qu'une ivresse spéciale, a déjà été appliquée quelquefois comme moyen d'endormir la sensibilité avant les opérations. Certains rebouteurs enivraient leurs malades avec du vin ; d'autres ont essayé les narcotiques ; nous-mêmes, il y a quelques années, ayant à allonger une jambe depuis longtemps fléchie chez une jeune personne très-irritable, nous essayâmes l'opium d'abord, qui fut poussé jusqu'à la dose de 50 centigrammes en trois heures ; puis, l'opium ayant échoué, nous essayâmes de combiner son action à celle du vin. Nous ne réussîmes pas mieux ; la malade avala en trois heures une bouteille de Champagne additionné de quatre grammes de laudanum de Sydenham, sans présenter d'autres phénomènes qu'une loquacité et une hilarité désordonnées.

D'ailleurs, pour les opérations sanglantes, nous n'avions pas osé faire de pareilles tentatives, par la crainte des effets consécutifs. Mais si avec l'éther, on pouvait produire en quelques minutes une ivresse plus profonde que celle du vin, et qui cependant disparût de même en quelques minutes sans laisser aucune trace, dans ces conditions, ce serait un moyen précieux et digne de toute l'attention des chirurgiens. Or, c'est là précisément l'effet de l'éther.

Des faits nombreux et bien observés permettent déjà de s'en faire une assez juste idée. En voici quelques-uns recueillis par M. Bigelow dans le cabinet de M. Morton. Un jeune homme de 16 ans fut endormi en huit minutes ; mais comme il fallut quelque effort pour lui ouvrir la bouche, il s'éveilla. De nouvelles inspirations, continuées deux minutes, produisirent une léthargie qui dura trois minutes, et l'on saisit ce moment pour lui arracher la dent gâtée. Le pouls dans ce second sommeil était monté de 130 à 142 ; les pupilles étaient dilatées. A son réveil, il dit qu'il avait fait un beau rêve, et n'avait absolument rien senti.

Une jeune fille de 16 ans tomba assoupie au bout de trois minutes ; une dent fut arrachée, et l'assoupissement dura trois minutes encore Elle avait eu de même un rêve agréable.

Un garçon de 12 ans est endormi en trois minutes, se réveille lorsqu'on veut lui ouvrir la bouche, reprend les inspirations d'éther pendant deux minutes, et est si bien assoupi cette fois qu'on lui ôte deux dents sans douleur. Il était si satisfait de son sommeil qu'il voulait recommencer, et insistait pour qu'on lui arrachât une autre dent. Le pouls normal était à 110 ; l'assoupissement le fit descendre à 96 ; le réveil le fit monter à 144. Les pupilles étaient dilatées, les muscles dans un relâchement complet.

Une femme d'âge moyen fut endormie en quatre minutes ; deux minutes suffirent pour lui arracher une dent ; après quoi elle resta encore assoupie trois minutes.

On voit par là combien les effets sont quelquefois rapides. En général, ils se manifestent au bout de cinq à huit minutes, et l'état d'insensibilité dure généralement de deux à cinq minutes ; dans quelques cas, de huit à dix minutes, rarement davantage.

« Cette léthargie, dit M. Bigelow, a un caractère particulier. Le patient perd son individualité, et s'éveille après un certain temps, entièrement ignorant de ce qui s'est passé, ou en gardant seulement une faible réminiscence ; au lieu d'une douleur violente, il se souviendra d'une douleur obtuse ; quelquefois il supposera que l'opération a été faite d'une manière différente. Certains sujets se souviennent que le dentiste leur a appliqué ses instruments ; et cependant ils n'ont pas senti la douleur.

« Les phénomènes, d'ailleurs, ne sont pas tels qu'ils démontrent une insensibilité complète. Presque tous les patients, sous la main du dentiste, contractent les traits de la face ; quelques-uns élèvent la main. Celui à qui on amputa la jambe jeta un cri au moment de la section du nerf sciatique. Plusieurs ouvrent la bouche ou se lèvent lorsqu'on le leur commande. D'autres manifestent l'activité de certaines facultés intellectuelles. Un Irlandais au moment de la douleur alléguait qu'on lui avait promis de l'en exempter. Un jeune homme, après avoir respiré l'éther fort peu de temps, rejeta l'appareil, et tirant de sa poche un crayon et une carte, se mit à écrire et à tracer des figures. Le docteur Morton, le supposant pris, lui demanda s'il voulait se soumettre à l'opération. Le jeune homme ayant consenti, la dent fut extraite, et le malade recouvra ses sens aussitôt après. Dans aucun de ces cas, les patients n'eurent connaissance de ce qui s'était passé pendant leur sommeil. »

Mais tous les sujets ne sont pas influencés de la même manière, ce qui d'ailleurs était facile à prévoir. Quelques-uns résistent à l'action de l'éther ; M. Bigelow cite le cas d'une vieille

femme qui respira la vapeur éthérée pendant au moins une demi-heure sans aucun résultat. Tout récemment, M. Liston a tenté l'inhalation pendant dix minutes sur un jeune homme, à qui il avait à amputer le bras, et a été obligé d'y renoncer. Il a échoué de même sur une femme qui portait une tumeur du sein, et qui aspira vainement l'éther pendant plus de vingt minutes. Le malade de M. Jobert fut soumis six minutes à l'inhalation sans aucun effet ; nous avons vu nous-même l'éther aspiré neuf minutes par un jeune homme qui désirait cependant fortement perdre connaissance ; il eut quelques symptômes d'ivresse, mais sans perte de connaissance ni de sentiment.

D'autres sujets éprouvent une excitation singulière. M. Bigelow cite une femme chez qui l'excitation était si forte qu'il fallait la maintenir sur sa chaise, et une deuxième tentative fut suivie d'un semblable effet. Les très-jeunes enfants sont affectés de nausées et de vomissements, et M. Morton a cessé pour ce motif d'administrer l'éther à un âge trop peu avancé.

N'y a-t-il pas cependant quelques suites fâcheuses à redouter de cette ivresse en quelque façon foudroyante? Jusqu'à présent, ni en Amérique ni en Angleterre, on n'en a vu survenir rien de fâcheux. L'ivresse se dissipe sans laisser à sa suite ni lassitude, ni mal de tête, ni rien de semblable. D'après les faits connus et d'après notre propre expérience, il y aurait plutôt lieu de regretter que l'assoupissement fût si léger et si peu prolongé. En effet, on a vu dans les observations précédentes les sujets s'éveiller dès qu'on faisait effort pour leur ouvrir la bouche. Pour peu donc que l'opération se prolonge, il est grandement à craindre que le sujet ne revienne à lui-même, et qu'on ne soit obligé ou de l'enivrer de nouveau, ou de lui laisser sentir la douleur. Le *Medical Times* rapporte le cas d'une jeune irlandaise qui eut le bras écrasé par le wagon d'un chemin de fer. Elle fut aisément assoupie, et l'on procédait au pansement quand elle s'éveilla, demandant ce qu'on lui faisait. De nouvelles inspirations la rendormirent jusqu'à ce que le pansement fût achevé.

On comprend cependant qu'il y a ici une limite comme en toutes choses, et qu'après avoir obtenu un juste degré d'assoupissement, si l'on force outre mesure l'administration du remède, on pourra bien le convertir en poison.

Le docteur Dix avait à pratiquer sur un jeune homme, au voisinage de l'oreille, une opération un peu délicate. Après dix minutes d'inhalation, le malade tombe endormi ; on fait la première incision, mais presque aussitôt le réveil arrive; cependant aucune douleur n'avait été sentie.

« Le sujet désirant être enivré de nouveau, on lui plaça le tube inspirateur dans la bouche et il le garda *vingt-quatre minutes*. Il paraissait à demi-ivre, et toutefois, comme il le dit plus tard, il avait perdu la conscience de lui même. La respiration se faisait partie par la bouche et partie par le tube. *Trente-cinq minutes* s'étant écoulées, je trouvai, dit M. Bigelow, que le pouls avait brusquement diminué de force, et je donnai le conseil de s'arrêter. Le pouls continua à faiblir, et de 120 il était tombé à 96. La respiration était très-lente, les mains froides, le sujet insensible. On s'attacha en conséquence à ranimer la respiration et la circulation. On eut recours aux affusions froides sur la tête comme dans l'empoisonnement par l'alcool ; aux injections dans les oreilles ; on mit l'ammoniaque sous les narines et on en administra intérieurement. Les symptômes restèrent stationnaires pendant quinze minutes ; alors on proposa un exercice actif comme dans l'empoisonnement par l'opium. Le malade, mis debout sur ses pieds, fit bientôt un effort pour mouvoir les membres, et le pouls devint plus plein ; mais il diminua derechef quand on assit le malade ; et ce fut seulement après l'avoir forcé à marcher durant une demi-heure qu'il eut la force de lever la tête. Le sentiment complet de lui-même ne lui revint qu'au bout d'une heure. Le sang qui coulait de la plaie rendait ici la saignée inutile. »

Il est trop évident qu'ici l'inhalation avait été continuée dix minutes de trop. On peut bien la pousser aussi longtemps qu'on le veut, tant qu'elle ne produit pas le sommeil attendu ; mais une fois l'effet obtenu, il y aurait une haute imprudence à insister davantage.

Reste enfin à faire connaître le mode d'opérer. L'appareil de M. Morton consiste dans un petit globe de verre à deux tubulures, renfermant des éponges imbibées d'éther pour offrir à l'évaporation une plus large surface. L'une des deux ouvertures livre passage à l'air ; l'autre est occupée par un tube dont l'extrémité libre est tenue dans la bouche du patient, qui aspire ainsi l'air chargé de vapeur d'éther ; mais, près de son embouchure, le tube présente une soupape qui donne issue à l'air expiré, lequel ne va jamais se mêler à la vapeur incessamment produite dans le globe de verre.

L'appareil de M. Robinson est calqué sur le précédent. M. Robinson fait en outre boucher les narines ; il paraît que M. Morton les laisse ouvertes. La soupape est-elle une condition essentielle? M. Robinson attribue quelques insuccès qu'il a eus lui-même à la mauvaise disposition de sa soupape, qui laissait rentrer dans

l'appareil l'air expiré et altérait ainsi la vapeur éthérée; toutefois nous avons réussi complétement dans un cas où l'expiration se faisait dans l'appareil même.

M. Herapath, de Bristol, a fourni à M. Lansdown un appareil beaucoup plus simple. Il consiste dans une vessie très-ample à laquelle on adapte un goulot, et sur celui-ci on visse une embouchure en ivoire d'un large calibre. On verse dans la vessie une once de bon éther commun; on y insuffle de l'air avec la bouche jusqu'à ce qu'elle soit presque pleine, et, fermant l'embouchure avec le pouce, on agite la vessie de manière à saturer d'éther l'air qui y est contenu. Le patient embrasse l'embouchure avec les lèvres, que l'on prend soin de tenir closes avec les doigts; on lui bouche encore les narines, et il aspire l'air de la vessie, en y rejetant l'air expiré. M. Herapath recommande aussi une précaution particulière. Dès que le sujet paraît assoupi, il faut retirer la vessie et procéder à l'opération. Mais, comme l'effet de l'éther se dissipe en deux ou trois minutes, on reprend l'inhalation aussitôt qu'on le juge nécessaire; et si, cependant, le pouls vient à faiblir, on administre au malade un peu de vin pour le restaurer. C'est en alternant ainsi le vin et la vapeur d'éther que l'on tint l'amputé de M. Lansdown assoupi durant quinze minutes, au bout desquelles il se réveilla n'ayant aucunement souffert.

Pour nous, nous nous sommes servi d'un flacon armé d'un tube ordinaire, avec un large goulot donnant entrée à l'air. Mais la principale difficulté nous a paru venir de l'inaptitude ou de l'indocilité des malades. On en jugera par les trois observations suivantes.

Obs. I. — Sur une jeune femme, à qui nous devions emporter une tumeur du cou, qui formait une sorte d'appendice à la glande thyroïde, l'inhalation nous prit 18 minutes; la malade suçait la vapeur sans l'aspirer dans les poumons, elle faisait effort pour respirer l'air pur; et il fallut enfin lui placer le tube dans l'une des narines, fermer l'autre, et chercher en même temps à obstruer la bouche. Elle tomba enfin assoupie, et ne parut pas sentir l'incision de la peau; mais à peine la dissection était commencée qu'elle manifesta de la douleur; et elle la sentit parfaitement jusqu'à la fin de l'opération.

Obs. II. — Un jeune garçon de 18 ans portait un phlegmon suppuré près de la malléole externe. Je lui mis le tuyau dans une narine, en fermant l'autre, et lui recommandai d'inspirer par le nez, et d'expirer par la bouche. Il ne put parvenir à régler ces deux mouvements; alors nous lui fermâmes la bouche; en moins

d'une minute et demie il perdit connaissance. L'incision fut faite sans qu'il jetât un cri. Il revint à lui presque aussitôt, et raconta qu'il avait perdu tout sentiment, qu'il était *comme mort*. Il ignorait que l'opération fût faite et n'avait absolument rien senti.

Obs. III. — Un Italien d'une vingtaine d'années portait à la partie latérale droite et supérieure du cou un ganglion induré, datant de cinq ans, et du volume d'un œuf de poule. Le tube aspirateur fut mis dans une narine, l'autre fermée, et le sujet aspira méthodiquement par le tube, rejetant l'air aspiré par la bouche. En cinq minutes, il fut assoupi. Une large incision mit le ganglion à nu, et je commençai à l'énucléer avec les doigts sans que le malade dit rien ; mais après deux minutes, il commença à se plaindre ; je fis remettre le tube dans la narine quelques instants, et le fis ôter ensuite, voyant qu'il se plaignait toujours. L'opération terminée, je lui demandai ce qu'il avait senti. Il répondit, qu'il avait eu l'idée qu'on l'opérait ; mais qu'il n'avait point éprouvé de douleur réelle ; la seule sensation pénible avait été, selon son expression, *comme s'il avait eu une pierre* sur l'endroit opéré. Interrogé pourquoi il avait crié, il dit qu'il n'en savait rien, qu'il n'avait pas souffert. Il avait le pouls petit et faible ; et supposant que l'insensibilité durait encore, je mis le doigt au fond de la plaie, en appuyant assez fortement ; il sentait le doigt, mais sans souffrir. A ce moment il se plaignit du froid et eut un petit frisson ; je lui fis avaler quelques cuillerées de vin, qu'il trouva fort bon ; et presque aussitôt il nous dit qu'il commençait à sentir la cuisson de la plaie, et cette douleur commençante alla en croissant jusqu'à ce que tout l'éther fût dissipé, ce qui est facile à reconnaître en flairant l'air expiré ; alors le malade avait la pleine conscience de l'incision. Une demi-heure après, il était en parfait état, le pouls à 72.

Aucun de ces malades n'a eu de rêve ; tous disaient qu'ils avaient dormi. Ces essais, les premiers, si je ne me trompe, qui aient été faits à Paris d'une manière suivie, sont donc de nature à faire beaucoup espérer de la médication nouvelle, et à rassurer en même temps qu'à encourager les praticiens.

---

8. *Observations cliniques et remarques thérapeutiques sur l'emploi des préparations d'or, dans le traitement de diverses affections syphilitiques et scrofuleuses ;* par M. le docteur A. Legrand.

(Bulletin général de Thérapeutique, décembre 1846.)

Depuis la précieuse découverte des propriétés antiscrofuleuses et antisyphilitiques des préparations d'or, MM. les docteurs Hortala et Sizaire ont eu de fréquentes occasions d'apprécier les

avantages de cette heureuse innovation de feu Chrestien, par des relations intimes avec cet excellent observateur, par des essais variés sur un théâtre vaste et bien propre à des expérimentations nouvelles.

En effet, les maladies scrofuleuses sont comme endémiques dans la Montagne Noire à cause de l'humidité, de la froidure de l'atmosphère, des habitations étroites, basses, mal aérées, encombrées d'animaux domestiques vivant pêle-mêle avec les hommes; de l'alimentation mauvaise et insuffisante, composée presque exclusivement, chez le peuple, de pain de seigle mal cuit, de pommes de terre, de choux, navets, oignons, châtaignes, haricots; d'eaux froides *crues* chargées de sels calcaires et bues sans vin pour les corriger; de la malpropreté, de l'inaction habituelle des femmes et des enfants, qui ignorent entièrement l'usage des lotions, des bains, des frictions, et qui souffrent sans cesse, sous des habillements légers, du froid et de l'humidité. Non-seulement les affections scrofuleuses s'engendrent fréquemment dans des conditions semblables et deviennent héréditaires dans plusieurs familles, mais, de plus, elles communiquent aux maladies syphilitiques qui viennent accidentellement les compliquer un caractère atonique particulier et une ténacité qui les fait résister aux mercuriaux, aux sudorifiques qui réussissent si bien dans d'autres localités. C'est dans les nombreux villages établis sur cette montagne qu'un excellent praticien, M. le docteur Hortala, surnommé le *Médecin de la Montagne Noire*, et en même temps que lui M. le docteur Sizaire, son gendre, ont recueilli, pendant vingt-cinq ans de fatigue, de nombreuses observations cliniques sur les préparations aurifères. On les trouve consignées dans leurs journaux, et M. Sizaire les a coordonnées dans un cadre succinct, contenant, dans le style aphoristique, qui convient à ce genre de travail, les noms, âge, sexe, constitution héréditaire ou acquise; les maladies antérieures, le caractère, les périodes, la succession, la complication de diverses affections; les effets des traitements antérieurs à ceux aurifères, et enfin les résultats de cette dernière médication, après une succession de plusieurs années.

Obs. I. Marie Henri, âgée de vingt-neuf ans, issue d'une mère scrofuleuse, née avec une constitution lymphatique, détériorée par les souffrances de la misère, n'est pas encore réglée à dix-huit ans; elle porte des ulcères aux paupières, un engorgement des glandes lacrymales et cervicales; celles-ci, grosses comme des noisettes, sont indolentes. Marie se plaint en outre de dartres peu douloureuses aux cuisses; elle n'a opposé aucun traitement

à cet état fâcheux, qui s'accompagne d'un grand dépérissement, lorsque, sous la surveillance d'une dame riche et charitable, elle s'astreint au traitement aurifère conseillé, en 1815, par M. Hortala. Quatre fois 20 centigr. de perchlorure d'or et de sodium, en 16, 14, 12 et 10 fractions, sont administrés pendant le printemps en frictions sur la langue (1). Durant l'été suivant, 50 centigr. d'or limé, incorporé dans 2 onces d'axonge, sont appliqués en frictions tous les soirs sur les paupières, sur les grandes lèvres et sur la face interne des cuisses. — Après ce double traitement, qui dura six mois, diminution considérable des symptômes.—Le même traitement, repris au printemps suivant, provoqua l'apparition du flux menstruel et fit disparaître les légers symptômes qui avaient persisté. La malade, guérie de ce moment radicalement, put se marier deux ans après et devint mère de trois enfants, qui n'ont offert aucune diathèse strumeuse.

Obs. II. Art ***, âgé de vingt-cinq ans, d'un tempérament pituiteux, cacochyme, épuisé par plusieurs affections scrofuleuses dans l'enfance et des maladies syphilitiques dans la jeunesse, offrit à M. Sizaire (dans le printemps de 1816), avec un énorme sarcocèle, un engorgement des glandes inguinales, des douleurs ostéocopes dans les membres inférieurs, une hydarthrose de l'articulation du genou gauche. M. le docteur Gillard, oncle, avait mis en usage, sans succès, les préparations sulfureuses, mercurielles, sudorifiques, les révulsifs et les dérivatifs. — Avant d'en venir à la méthode aurifère, on fut obligé d'appliquer souvent les sangsues, d'employer les délayants, et on ne donna les préparations aurifères qu'à très-petites doses, 5 milligrammes d'oxyde d'or précipité par la potasse, associés à 1 centigramme d'extrait gommeux d'opium, furent donnés chaque jour, en même temps qu'on consommait, en frictions sur les divers engorgements, 15 centigrammes d'or limé incorporé dans 32 gram. de cérat. Trois mois de ce traitement, après avoir d'abord modéré les douleurs ostéocopes, procurèrent une diaphorèse habituelle, puis la résolution du sarcocèle, et enfin une santé robuste, qui, vingt-deux ans après le traitement, durait encore.

Obs. III. Mlle Moulin, issue de parents sains et robustes, offrit, à l'âge de quatorze ans, sans cause directe, un gonflement avec carie de la première phalange du doigt médius gauche; la malade

(1) Pour être administré ainsi (et c'est incontestablement le meilleur mode d'administration qu'on puisse choisir), le sel aurifère est mêlé avec la poudre d'iris rendue complétement inerte par des lavages nombreux et prolongés dans l'eau, l'alcool et l'éther; ce mélange a lieu dans la proportion d'une partie du sel pour trois de la poudre inerte. On chercherait en vain un excipient préférable.

s'opposa à l'amputation proposée par MM. Boistard et Levavasseur, chirurgiens distingués. Le mal fit des progrès et gagna plusieurs des articulations voisines. — 30 centigrammes de perchlorure d'or et de soude en frictions sur la langue, administrés pendant l'été de 1817, semblèrent arrêter les effets destructeurs de cette affection, surprenante chez une grande et belle personne. L'apparition du flux menstruel enraya les symptômes scrofuleux qui restèrent latents pendant deux années, pour reparaître, vers l'âge de vingt-deux ans, avec une nouvelle intensité. Alors, hydropisie de l'articulation du genou, engorgement de la malléole gauche. Ces symptômes cédèrent encore à 20 centigrammes de perchlorure d'or et de soude en frictions sur la langue et à 10 centigrammes d'oxyde d'or par la potasse incorporés dans 10 grammes d'extrait de gaïac et donnés en pilules. La constitution de la malade avait paru avantageusement modifiée par ce traitement, dont les effets ont été secondés par l'usage des bains d'Assat et de Daix. Mais, six ans après, les mêmes articulations s'engorgent, s'abcèdent, et la fièvre hectique termine les souffrances de cette infortunée.

Obs. IV. Claire Talavigne, âgée de dix-neuf ans, offrait tous les caractères d'une constitution scrofuleuse unie à une mobilité nerveuse extrême. Elle ne pouvait marcher, à cause de l'enflure des genoux et des malléoles, du tremblement des membres, imitant la danse de Saint-Guy; elle était, en outre, affectée de dartres aux parties génitales, déterminées par une perte blanche purulente, qui avait remplacé le flux menstruel. Les fondants, les résolutifs, les révulsifs ne firent qu'aggraver les symptômes précités. Le perchlorure d'or et de soude et l'oxyde d'or par la potasse, donnés à la dose de 5 milligrammes, déterminèrent une irritation à la gorge et à la poitrine suivie d'hémoptysie. Obligé d'abandonner les préparations aurifères, on revint aux délayants, aux tempérants, qui semblèrent modérer les symptômes et encourager à un nouvel essai, cette fois par le sirop de cyanure d'or (1) à la dose de 16 grammes, mêlés à une cuillerée à bouche d'essence de salsepareille et de la pommade aurifère (2) en fric-

(1) Le sirop de cyanure d'or se fait ordinairement en suspendant 5 centigr. de ce sel dans 250 gram. de sirop de gomme. — J'ai assez souvent employé ce sirop comme emménagogue, d'après les indications de MM. les docteurs Furnari et Carron Du Villard (Voy. *Bull. de Thérap.*, IX, 210), et comme antisyphilitique, et je lui ai reconnu les propriétés qu'on lui prête, surtout celles emménagogues; mais son action, souvent purgative, qu'il doit sans doute à son insolubilité, m'a fait lui préférer les autres préparations aurifères pour le traitement des affections syphilitiques et scrofuleuses.

(2) La pommade aurifère se compose de 30 à 60 centigr. d'or divisé, incorporés dans 32 gram. d'axonge.

tions sur les grandes lèvres. Sous l'action de ces moyens, répétés pendant deux printemps, survint l'apparition du flux menstruel. A la fin du traitement, un cours d'urines jaunâtres et épaisses consolida une santé qui, après six ans, n'avait encore reçu aucune fâcheuse atteinte.

Obs. V. Fourès, jeune militaire, d'une constitution lymphatique, vint en congé de réforme, comme atteint de phthisie scrofuleuse. Il avait des ulcères au larynx, des chancres sur le gland, des bubons, des douleurs ostéocopes, une carie de l'os maxillaire supérieur. Ces symptômes, exaspérés par la liqueur de Van-Swieten, le rob de l'Affecteur, les frictions mercurielles, furent guéris radicalement, dans l'été de 1833, par 20 centigrammes de cyanure d'or en pilules, contenant 5, 6 et 12 milligrammes de cette préparation sur dix grammes d'extrait de gaïac et 1 centigramme d'opium gommeux; par 50 centigrammes d'or limé, incorporés dans 64 grammes d'axonge et administrés en frictions sur le gland et la muqueuse préputiale.

Obs. VI. Cauquil, âgée de trente-trois ans, d'une constitution scrofuleuse héréditaire et aggravée par une infection syphilitique, communiquée à vingt-quatre ans par le mari, et palliée seulement par quelques moyens généraux, offrit, à l'âge de trente ans, une leucophlegmasie avec ascite commençante, des douleurs profondes le long de la colonne épinière, avec courbure des vertèbres dorsales; des pustules vénériennes aux grandes lèvres, avec perte blanche ichoreuse, un abcès froid à la jambe, avec exfoliation du tibia. Ces symptômes formidables cédèrent en deux étés à la méthode aurifère employée avec persévérance sous une infinité de formes : le cyanure d'or avec l'extrait de daphné mézéréum, selon la méthode de Chrestien; le perchlorure d'or et de sodium, à la dose de 5 centigrammes, dissous dans 128 grammes d'eau distillée et donné par cuillerées à bouche, dans une tisane de garance et de carottes; la pommade aurifère en frictions sur les parties ulcérées, en observant seulement de suspendre les remèdes, lorsque l'insomnie, les vertiges, la chaleur à la tête, à la gorge et à l'estomac, les sueurs nocturnes *qui terminèrent cette cruelle affection*, devinrent trop intenses.

Obs. VII. Jeanne Fallières portait depuis l'enfance un chapelet de glandes engorgées au cou, une ophthalmie scrofuleuse, des dartres autour des oreilles, dont on modérait l'intensité par des moyens généraux, des vésicatoires, des sétons. Parvenue à dix-huit ans, la non-apparition du flux menstruel aggrava la diathèse scrofuleuse; le sternum s'engorgea à son articulation avec les côtes; il se manifesta une gibbosité remarquable, mais peu

douloureuse, des vertèbres dorsales, une tumeur blanche des genoux, auxquelles on opposa, pendant un an, les amers, le houblon, la gentiane, les sulfureux, les ferrugineux, le muriate de baryte, les préparations d'iode, le séton, les moxas, etc. Tous ces moyens étant restés sans succès, on eut la satisfaction de voir les préparations aurifères données trois fois, pendant six mois consécutifs, avec des repos assez longs, commandés par le retour de la mauvaise saison, déterminer l'apparition du flux menstruel et raffermir la constitution en même temps que, par des sueurs nocturnes, elles purgeaient l'économie. La malade s'est mariée, et, après quatre ans de mariage, elle n'avait encore vu reparaître aucun symptôme de cette longue et cruelle maladie.

Obs. VIII.—Rosalie Taulet, issue d'une mère enlevée, à l'âge de trente-six ans, par une phthisie scrofuleuse, offrit, dès son enfance, un engorgement atonique des glandes du cou et du mésentère, ophthalmie avec écoulement séreux et purulent, entretenu par un boursouflement et une ulcération de la conjonctive et des paupières. A l'âge de puberté, non-apparition du flux menstruel et détérioration de plus en plus marquée de la constitution; amaigrissement du bras gauche, engorgement de l'articulation du coude où se trouve, à la partie interne, une glande dure, grosse comme une noix; toux sèche, douleur sternale, hémoptysie, combattues par quelques émissions sanguines locales, l'ipécacuanha à petites doses, le séton à la nuque. A dix-huit ans, la phthisie scrofuleuse, qui semblait imminente, fut remplacée par une sorte de métastase sur les extrémités articulaires des membres inférieurs; les genoux et les malléoles s'engorgèrent, s'abcédèrent, découvrirent le ramollissement du tissu osseux dégénéré en une substance grisâtre. On opposa à cette sorte de désorganisation 20 centigrammes de perchlorure d'or et de soude en frictions sur la langue, 50 centigrammes d'or limé, incorporés dans l'axonge, en frictions sur les articulations, 20 centigrammes de cyanure d'or à la dose de 1, 5, 6 et 8 milligrammes dans l'extrait de gaïac. On obtint, en six mois de ce traitement, l'apparition des menstrues, d'un flux d'urines abondant, de furoncles (1) aux reins et aux cuisses, et un changement total dans la constitution, qui est restée bonne depuis cinq ans.

Obs. IX. — Jean Bonnet, à la suite des fatigues et de la vie déréglée des armées, fut tourmenté d'un rhumatisme avec atrophie des membres inférieurs, hydropisie du genou droit, écoule-

(1) J'ai eu moi-même plusieurs fois l'occasion d'observer cette forme de mouvement critique, excité par les préparations d'or.

ment séreux par l'urètre, dartres squammeuses au scrotum, engorgement des glandes inguinales, ophthalmies scrofuleuses tous les hivers. Plusieurs traitements par les mercuriaux, les sudorifiques, les sulfureux, furent mis alternativement en usage pendant huit années consécutives, où les symptômes énumérés se dissipèrent, reparurent et se succédèrent en alternant. Le changement d'un climat froid en un climat chaud et sec, un régime de vie austère, les lotions, les bains, les frictions avec la pommade aurifère aux paupières, au gland et au scrotum, 10 centigrammes de stannate d'or, divisés en 12 et 10 frictions, incorporés dans l'extrait de gaïac, le sirop de cyanure d'or, à la dose d'une cuillerée à bouche dans une tasse de décoction de salsepareille, excitèrent, dans deux étés successifs, des sueurs générales, visqueuses et d'une odeur fade, rebutante, et procurèrent une guérison parfaite et qui ne s'était pas démentie six ans après avoir été obtenue.

Obs. X. — Marie Brail, âgée de vingt-six ans, d'une constitution lymphatique, réglée irrégulièrement, contracta, en se mariant, des ulcérations aux parties génitales, des bubons qu'elle négligea et qui dégénérèrent en dartres, fournissant un ichor âcre et presque corrosif, à travers des squammes brunes et violettes ; elle avait en même temps une leucorrhée fétide, des douleurs profondes à la matrice avec une sorte de tympanite. Tous ces accidents étaient tempérés par les lotions et les bains émollients. Mais cependant, la maladie persistant à l'état chronique, s'accompagnant d'une fièvre modérée, mais continue, cette jeune femme tomba dans une espèce de consomption, et, fatiguée de souffrir, sans même trouver de soulagement, abandonna son mari, son pays froid et humide, quitta son mauvais régime de vie, toutes conditions qui éternisaient sa maladie, pour suivre à la Livinière (Hérault), sous les yeux de M. le docteur Hortala, un traitement aurifère, avec 64 grammes de pommade contenant un gramme d'or limé, en frictions aux parties sexuelles, 20 centigrammes de perchlorure d'or et de soude, successivement divisés par 5 centigrammes en 16, 14, 12, 10 et 8 frictions, et 30 centigrammes d'oxyde d'or par la potasse, donnés depuis 5 milligrammes jusqu'à 1 centigramme dans l'extrait de rhubarbe et de saponaire. Ce traitement, suivi pendant les étés de 1829 et de 1830, détruisit à jamais les symptômes formidables qui ont été exposés et qui ne se sont pas montrés de nouveau pendant les huit années qu'on a pu suivre la malade.

Obs. XI. — E... Jeanne avait, à l'âge de dix ans, la *teigne* avec engorgement des glandes du cou. Guérie par une pommade

prescrite par un empirique, il se manifesta bientôt un abcès froid à la paume de la main gauche, suivi d'ulcères fistuleux, dénotant la carie des os du métacarpe. On opposa vainement à ces symptômes les fondants, les mercuriaux, les bains de mer et les bains sulfureux de Rennes. On essaya le perchlorure d'or et de soude, donné à l'intérieur, mais l'irritation qu'il causait y fit renoncer pour en venir au cyanure d'or en frictions sur la langue et au sirop avec la même préparation aurifère, par cuillerées à bouche dans une infusion de fleurs de pensée sauvage. Ces deux préparations aurifères, données alternativement, détruisirent dans l'espace de huit mois la diathèse scrofuleuse existante ; et depuis trois ans, elle ne s'est plus manifestée par aucun symptôme.

Obs. XII. — Claire Caumelle, petite fille cacochyme, hérita de sa mère d'engorgements scrofuleux aux glandes du cou, et présenta, à l'âge de douze ans, tous les caractères du rachitisme : courbure de la colonne vertébrale, gonflement des extrémités articulaires des doigts. Ces symptômes résistèrent, pendant trois ans, au muriate de baryte, à l'iode à l'intérieur et en frictions, mais cédèrent comme par enchantement, à 200 grammes de pommade aurifère et 30 centigrammes d'oxyde d'or par la potasse, donnés par doses croissantes, depuis 5 milligrammes jusqu'à 5 centigrammes, en pilules et associé à l'extrait de gaïac.

Obs. XIII. — Anne Salonisac ressentit dans son enfance les atteintes réitérées de l'affection scrofuleuse, qui a enlevé sa mère à l'âge de quarante ans. A seize ans, Anne eut un engorgement de la glande thyroïde, qui résista aux préparations d'iode. Ce médicament irrita les organes de la digestion et produisit un ballonnement habituel du ventre, des diarrhées fréquentes auxquelles on opposa sans succès les mucilagineux, les fondants et enfin les toniques. Il en résulta bientôt une hydropisie ascite, accompagnée de marasme, de ramollissement des os des membres inférieurs, ce qui rendit la station pénible et la marche impossible. Après avoir tenté une foule de traitements, on eut enfin recours à la méthode aurifère. 30 centigrammes d'or limé sur 32 grammes d'axonge, en frictions sur le bas-ventre ; 20 centigrammes de perchlorure d'or et de sodium dissous dans l'eau distillée, et donnés par cuillerées à bouche dans une tasse de décoction de garance et de fraisier, produisirent en trois mois un flux abondant d'urines épaisses, très-colorées et fétides, ce qui détermina une guérison qui ne s'était pas démentie après un intervalle de dix ans.

Obs. XIV. — Philippine Tort a présenté dans son bas âge des symptômes scrofuleux, que la puberté a enrayés. Une affection

syphilitique, contractée à vingt-deux ans, fut méconnue et négligée jusqu'à l'âge de vingt-quatre ans, parce qu'elle se présenta sous forme lente avec des douleurs obscures à l'utérus, perte ichoreuse, pustules muqueuses et serpigineuses aux grandes lèvres, carie des cartilages et des os propres du nez et douleurs ostéocopes nocturnes. Tous ces symptômes résistèrent à un traitement méthodique, suivi seulement trois ans après l'infection, et consistant en liqueur de Van-Swieten, tisane de Feltz et frictions mercurielles. A la vérité, les symptômes diminuèrent d'intensité, mais ils se changèrent en dartres syphilitiques, situées à l'entour des organes de la génération. On leur opposa, pendant six mois, un traitement aurifère avec 20 centigrammes de perchlorure d'or et de sodium, dissous dans 250 grammes d'eau distillée et pris par cuillerées à bouche dans un verre de décoction de bardane, carottes et chiendent, et 150 grammes de pommade aurifère et autant de sirop de cyanure d'or, pris (après la première solution) par cuillerées à bouche dans une tasse d'infusion de racine de guimauve.

Après avoir exposé le tableau des observations recueillies depuis 1815, il ne sera pas sans intérêt de consigner les corollaires, tracés dans la colonne des observations pratiques de MM. les docteurs Hortala et Sizaire. Les voici. Les affections scrofuleuses qu'ils avaient à combattre étaient caractérisées par l'appauvrissement du sang, l'engorgement des glandes, l'épaississement des sucs abdominaux, une sorte de décomposition osseuse; elles attaquaient surtout les enfants et les femmes d'une peau molle et blanche, d'un embonpoint qui n'est que bouffissure, et dont les yeux étaient grands, saillants, humides, les bords du nez et la lèvre supérieure gonflés et ulcérés. Il a fallu à ces deux médecins, dans plusieurs circonstances, l'ascendant d'une longue pratique pour détruire les préjugés populaires, qui regardent les affections scrofuleuses comme provenant d'un *virus partieulier*, dégénéré du vénérien, *contagieux*, *héréditaire*, *incurable*, et faire reconnaître que cette maladie bizarre dépend d'une disposition de la constitution, quelquefois héréditaire, le plus souvent acquise par l'allaitement, le régime de vie; offrant des caractères particuliers selon l'âge, le sexe, le climat, la manière de vivre; qu'elle n'est si fréquente et si rebelle dans nos contrées qu'à cause du froid humide qui y règne, de la mauvaise nourriture et de la malpropreté des montagnards.

Quoique ces médecins aient vu le plus souvent les affections scrofuleuses et syphilitiques se présenter avec une complication de symptômes dégénérés, elles présentaient aussi quelquefois des

formes distinctes qui exigeaient des modifications dans le traitement. Les plus saillantes de ces formes sont les *ophthalmies scrofuleuses* et *syphilitiques*, qui s'offrent fréquemment chez plusieurs individus d'une même famille, et forment comme le type de ces affections. Elles réclament d'abord les antiphlogistiques, les exutoires, les révulsifs, pour détruire et détourner les congestions inflammatoires et humorales, et l'emploi de la pommade aurifère en frictions, à la partie interne des paupières, derrière les oreilles, pour dissiper les ulcérations, les taies. Ces mêmes moyens sont appropriés aux engorgements ulcérés des ganglions lymphatiques. Il faut insister avec persévérance sur les préparations aurifères dans les maladies des os proprement dites, l'*exostose*, la *carie*, deux degrés différents de la même affection ; dans les tumeurs blanches ou lymphatiques, qui sont comme un mélange d'affections des cartilages et de celles des os.

C'est surtout lorsque ces maladies atoniques s'établissent lentement, sans douleurs vives, mais avec un gonflement considérable, qu'il convient de tenter d'abord les préparations aurifères les moins irritantes, le *cyanure d'or* (1). Lorsque l'affection scrofuleuse atteint la partie spongieuse des os, avant qu'ils aient acquis dans l'enfance la consistance suffisante pour être frappés de carie, et qu'on voit se produire alors le rachitisme, il faut se hâter de remédier à la faiblesse générale, à l'inactivité de la circulation, à la lenteur de l'assimilation, par les préparations aurifères à l'intérieur et à l'extérieur ; car elles peuvent déterminer une réaction générale et locale souvent favorable.

Ces mêmes remèdes produisent une excitation avantageuse dans les dartres scrofuleuses et syphilitiques rebelles, s'accompagnant d'une suppuration ichoreuse. Ils ont une action directe et favorable sur l'utérus pour détruire les engorgements des ulcères atoniques, ainsi que les flux leuchorrhéiques. Ils sont surtout utiles chez les scrofuleuses de la *Montagne Noire*, pour activer le flux menstruel et régulariser son cours.

Les préparations aurifères sont moins efficaces que les mercurielles dans les syphilis récentes ; elles sont spécifiques dans les anciennes, rebelles aux méthodes ordinaires ; elles conviennent surtout dans les scrofules atoniques.

Il résulte d'un parallèle établi entre les diverses préparations aurifères, qu'elles ont, à différents degrés, la propriété de sti-

(1) Je reviendrai ici sur ce que j'ai déjà dit plus haut. Je redoute, peut-être à tort, les effets purgatifs du cyanure d'or, et je lui préfère, dans les cas indiqués par le médecin de Feyriar, l'oxyde d'or par la potasse ou le krammate d'or.

muler tout l'organisme, d'exciter une réaction, qui est le plus souvent salutaire, quelquefois fébrile, et rarement nuisible, parce qu'on en arrête l'influence en en supprimant ou modifiant l'administration. La préparation la plus active est le perchlorure d'or et de sodium en frictions sur la langue ou en pilules, depuis 1 jusqu'à 5 milligrammes. Ce même remède, en dissolution dans l'eau distillée depuis 5 milligrammes jusqu'à 1 centigramme, semble avoir, lorsqu'il est continué pendant longtemps, une action sur le système lymphatique en général, et mieux convenir lorsque le larynx et l'arrière-bouche sont affectés d'ulcères vénériens. Les oxydes d'or par la potasse ou par l'étain, incorporés à la dose de 5 centigrammes dans 2 grammes d'extrait de gaïac ou de garou, et divisés en pilules, sont les meilleurs fondants résolutifs stimulants des engorgements lymphatiques et osseux. Le cyanure d'or ne produit pas la chaleur générale incommode, la sécheresse, la constriction au gosier qu'on peut reprocher au perchlorure en frictions; il est surtout approprié aux enfants délicats, aux femmes irritables, sous forme de sirop ou de tablettes avec le chocolat. L'or métallique, réduit en poudre impalpable, uni à l'axonge, dans la proportion de 30 centigrammes par 32 grammes d'axonge, agit localement d'une manière puissante sans irriter.

Il résulte d'un parallèle entre les préparations aurifères et les autres antiscrofuleux et antisyphilitiques, que, si elles n'ont pas l'efficacité de l'iode dans le goître et les engorgements glanduleux superficiels, elles agissent mieux que le muriate de baryte, que les sulfureux, les ferrugineux, les moxas, les exutoires divers; qu'on peut compter avec elles sur une action stimulante plus soutenue et favorable dans le traitement des abcès profonds, des exostoses, des caries, des affections dartreuses et des maladies de l'utérus, sous forme atonique. Les bains de mer, mis en vogue depuis cinquante ans, dans nos contrées, par le docteur Hortala, sont un puissant succédané des préparations aurifères; mais ce moyen précieux ne convient nullement dans les maladies syphilitiques et scrofuleuses, qui s'accompagnent d'une irritation générale et locale, d'une grande excitation nerveuse, dans les dégénérations organiques, telles que la phthisie pulmonaire (1), le squirrhe de l'estomac et de l'utérus, dans les consomptions, avec dévoiement et sueurs colliquatives.

Quoique le traitement aurifère semble, au premier coup d'œil,

(1) Je ne saurais trop m'associer à l'opinion de M. Sizaire et frapper de la même réprobation que lui l'application des bains de mer au traitement des tubercules pulmonaires; je leur ai vu produire les effets les plus déplorables.

être difficile et dispendieux, il devient moins cher que beaucoup d'autres méthodes, et convient surtout dans les lieux éloignés des secours chirurgicaux et pharmaceutiques, à raison de sa simplicité et de son innocuité ; il importe seulement d'être bien certain de la manière dont sont préparés les divers produits aurifères. Il est avantageux de donner ce remède, à des doses modérées, continuées longtemps, suspendues pendant les temps froids et humides. Il est encore indispensable de seconder leur action par le changement d'un climat froid et humide en un climat chaud et sec ; de remplacer une nourriture mauvaise et insuffisante par une alimentation légère, restaurante, analeptique ; des vêtements légers par de plus chauds ; le lit de plumes par des matelas garnis de feuilles de fougère ; de faire succéder à l'inaction, à l'oisiveté, à la malpropreté, les distractions, les jeux, les travaux champêtres, les lotions aromatiques, les frictions avec des flanelles imprégnées de vapeur de baies de genièvre ; et de conseiller enfin l'exercice, la gaieté, le travail, avec l'influence du grand air et d'un soleil vivifiant.

V. ACCOUCHEMts, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS. — 9. *Des plaies de la matrice dans l'état de grossesse;* observation d'une plaie de ce genre, suivie de guérison ; par C. Czajewski, D.-M.-M.

(Journal de Chirurgie de M. Malgaigne, décembre 1846.)

Si l'on excepte les cas d'opération césarienne, dans lesquels l'instrument tranchant est dirigé sur l'utérus, à travers les parois abdominales, dans une espérance de salut trop souvent trompée, les exemples de plaies de la matrice dans l'état de grossesse sont assez rares. Reichart, dont la dissertation nous a été conservée par Haller, n'en avait pu réunir que quatre cas, outre celui qu'il avait observé lui-même ; savoir, un de Devaux, un de Gassar, un de Hoffmann et l'autre de Crusius. Ce dernier est raconté avec des circonstances qui ne permettent pas d'en admettre l'authenticité ; mais, en le laissant de côté, l'histoire des autres cas apporte un renseignement bien remarquable. La malade de Gassar avait eu le ventre et l'utérus ouverts d'un coup de couteau enfoncé jusqu'à la garde ; dans l'observation de Hoffmann, c'était un bâton pointu qui avait pénétré jusqu'au fœtus ; celle de Reichart avait été blessée d'un coup de pistolet chargé de gros plomb : toutes les trois guérirent. Celle dont parle Devaux a suc-

combé rapidement à une hémorrhagie ; mais, chose curieuse, on peut douter si l'hémorrhagie ne venait pas du fœtus, le couteau, après avoir traversé la matrice, s'étant arrêté dans la poitrine de l'enfant. — Déjà Rousset avait rapporté le cas d'une plaie de la matrice par une balle, avec guérison de la mère. On lit dans le *Journal de Desault*, t. II, deux observations de plaies de la matrice par des coups de corne ; on agrandit les plaies pour extraire le produit de la conception, et les deux femmes guérirent. Enfin Mme Boivin et Dugès ont cité quelques autres exemples de guérisons aussi heureuses, à peine compensées par un deuxième cas de mort. Sans doute il ne faudrait pas ajouter une foi entière à la statistique qu'on pourrait établir avec ces faits, et croire à une innocuité aussi grande des plaies de la matrice enceinte ; on sait du reste que les guérisons sont toujours plus facilement publiées que les revers. Toutefois, il en résulte du moins que le pronostic est moins grave qu'on n'aurait été tenté de le croire ; et l'observation suivante, dans laquelle on verra la matrice et l'intestin intéressés à la fois, sera une nouvelle preuve des ressources que peut mettre en jeu la nature, dans les cas en apparence le plus désespérés.

Le 20 juillet 1845, à huit heures du matin, je fus appelé dans la commune de Château (Loiret), pour voir la femme Chaline, âgée de 27 ans, ordinairement bien portante, qui, par accident, s'était fait une blessure très-grave dans le bas-ventre.

Voici ce que j'ai appris par la bouche de la malade même : Vendredi dernier, 18 juillet, à six heures du soir, voulant chasser une vache qui broutait son foin entassé dans une prairie, elle saisit une fourche en bois de chêne par la bifurcation, et courut vers l'animal, voulant le corriger ; mais, en portant le coup, l'autre bout n'atteignant pas la vache, se fixa dans la terre, et la malheureuse femme, dans la précipitation de sa course, se jeta sur la branche que tout à l'heure elle tenait à la main, de sorte que cette branche, quoique mal aiguisée, après avoir traversé ses vêtements, pénétra dans le bas ventre du côté droit, à environ 7 centimètres (2 pouces et demi) au-dessus de la symphyse pubienne, et vers le bord externe du muscle droit de l'abdomen. La malade était alors enceinte de cinq mois et demi.

En retirant le corps vulnérant, elle se sentit moulllée abondamment ; croyant donc qu'elle perdait tout son sang, elle appela son mari à son secours ; mais quel fut leur étonnement, lorsqu'ils virent, au lieu de sang, s'écouler par flot un liquide jaune-verdâtre, à peine teint par-ci par-là de stries sanguinolentes. Sur le moment, la pauvre femme supporta courageusement son acci-

dent, et appuyée sur le bras de son mari, elle regagna à pied sa demeure, éloignée de 500 mètres, et se mit au lit ; on lava sa plaie avec de l'eau-de-vie de lavande, on laissa dessus une compresse imbibée du même liquide, qui suffisait pour s'opposer à tout écoulement ; une heure après, elle vomit beaucoup de bile en une seule fois. Depuis ce moment jusqu'au 20, jour de ma première visite, elle fut assez tranquille, n'accusa point de douleur dans sa blessure ni dans les environs ; le ventre était gros comme chez une femme enceinte de cinq mois et demi, mais pas plus tendu ni plus sensible. La malade sentait bien le mouvement de son enfant ; elle urinait librement, son urine ne présentait aucune altération, pas même une goutte de sang ; elle alla à la garde-robe le 10 naturellement, et rendit des matières normales, sans humeur ni sang. Bref, elle n'eut que peu ou pas de fièvre, ne cessa pas de se nourrir et de boire du cidre, sa boisson ordinaire, et même elle avait assez bien reposé les nuits du 18 au 19 et du 19 au 20. Pourtant, dans la crainte de perdre, soit du sang, soit du liquide ci-dessus mentionné, par l'ouverture accidentelle, elle gardait au lit la même position, c'est-à-dire couchée sur le dos. Le 20, à six heures du matin, elle eut un frisson qui dura une heure au moins ; effrayée , ou plutôt pressée par ses parents et engagée par ses voisins de consulter un médecin, ce fut alors qu'on vint me chercher.

Je la trouvai au lit, conservant la position qu'elle s'était imposée, c'est-à-dire dorsale. A mon examen, elle présentait l'état suivant :

Plaintes continuelles, anxiété ; le pouls serré, battant 90 fois par minute ; face tantôt animée, tantôt pâle, couverte de sueur ; les lèvres contractées, les yeux peu expressifs, grande douleur de la tête ; la langue blanche au milieu, parsemée de petits points rouges, tendant à se sécher, son pourtour rouge vif ; point d'enduit nacré sur les gencives ; la bouche et l'arrière-bouche dans l'état physiologique ; la peau en général brûlante, soif modérée, la respiration libre ; le creux de l'estomac à peine sensible à la pression, mais la douleur s'exaspérait vers la région ombilicale ; le ventre était proportionné à la grossesse de cinq mois et demi, sans être ballonné.

En poursuivant ainsi mon examen , j'arrivai à la blessure, cause de tout ce désordre ; son grand diamètre donnait 32 millimètres de longueur, et 8 millimètres de largeur ; sa direction était oblique de haut en bas et de dehors en dedans ; elle était fermée par une concrétion de lymphe plastique et de sang, qui formait une croûte sèche. Au dessus de cette première plaie ,

à la distance de 16 centimètres. et aussi à 8 centimètres de distance de l'ombilic, existait une autre plaie superficielle, longue de 25 millimètres, allant de gauche à droite ; le pourtour de ces deux plaies ne présentait point de phlogose ; la peau ambiante conservait son aspect normal. La pression provoquait moins de sensations douloureuses que dans la région ombilicale.

Faisant toujours mes recherches, je remarquai que les douleurs et la tension du ventre revenaient par intermittence, presque toutes les cinq minutes ; je conçus donc l'idée que ce devaient être les douleurs de l'enfantement. Par conséquent je touchai la malade, et je trouvai une dilatation à peu près de 15 millimètres au col de la matrice , ce qui confirma ma prévision ; car cette pauvre femme accoucha le même jour, à deux heures après-midi, d'un fœtus du sexe masculin mort, qui se présenta en premiére position pelvienne, et qui portait une blessure de quelques millimètres de profondeur sur l'angle inférieur de l'omoplate gauche. Cette circonstance me démontra que l'écoulement du liquide qui avait eu lieu , en retirant la fourche de la blessure, était l'eau amniotique et non pas l'urine, comme je l'avais pensé un instant. Le placenta, extrait peu de temps après l'expulsion de l'enfant, présentait aussi une perforation vers le bord de sa circonférence. L'accouchement s'exécuta sans trop d'hémorragie utérine. Pourtant, craignant le développement d'une métropéritonite, je conseillai d'appliquer trente sangsues sur l'hypogastre, et plusieurs cataplasmes après leur chute. Je mis la malade à une diète sévère, prescrivant quelques boissons mucilagineuses et un pot de limonade cuite. Depuis l'accouchement, l'exacerbation des symptômes déclinait, et la malade passa le restant de la journée et une partie de la nuit assez bien ; les lochies coulaient comme dans une parturition normale.

A ma visite du 21, à 7 heures et demie du matin, je trouvai ma malade agitée ; le pouls battant 106 par minute ; la langue humide, large, blanche au milieu, rouge à son pourtour ; un enduit blanchâtre couvrait les gencives ; mal de tête insupportable, expression de la face assez bonne. Dans la nuit, assoupissement sans rêvasserie, avec sueurs abondantes ; la respiration large ; mais parfois saccadée ; ventre légèrement tendu, borborygmes, sensibilité assez vive dans le ventre et le bas-ventre ; mais dans l'hypocondre gauche , et surtout vers le flanc du même côté, la moindre pression provoquait des douleurs atroces : la pesanteur d'un simple cataplasme y était insupportable, tandis que, du côté de la blessure, les douleurs, même à la pression, étaient presque nulles. La peau ambiante conserve le teint na-

turel, mais les cataplasmes ont décollé la croûte qui bouchait l'ouverture ; celle-ci paraît être remplie par une matière blanchâtre, visqueuse, sans odeur. Après l'accouchement et au moment où le ballonnement du ventre était à son minimum, la blessure, suivant la rétractilité des fibres des différents plans qui composent les parois abdominales, me parut plus près de la ligne blanche que le jour précédent, quoique l'angle inférieur de la blessure conservât la même distance de la symphyse pubienne, c'est-à-dire 6 centimètres. Malgré la chute de la croûte, le sang n'a pas reparu à l'ouverture de la blessure ; les lochies coulent abondamment, l'urine est jaunâtre, sans dépôt ; point de selle.

Prescriptions : 16 sangsues et 4 cataplasmes sur le point douloureux de l'hypocondre gauche ; frictions avec l'onguent mercuriel double sur le reste du ventre et le bas-ventre ; diète, boissons émollientes.

Le même jour, après mon départ, le ventre se ballonna beaucoup ; la malade vomit deux fois : au premier vomissement, elle rendit un ver lombric et quelques glaires ; au deuxième, un peu de bile.

Le 22, je vis ma malade à midi, on me dit qu'elle avait assez bien passé la nuit, sauf quelques faiblesses ; vers les quatre heures du matin, elle s'était endormie et avait reposé jusqu'à sept heures ; mais à son réveil elle eut des nausées continuelles, beaucoup de borborygmes, plusieurs rapports désagréables, qui se terminèrent sitôt que la malade eut rendu beaucoup de bile par la bouche.

A mon arrivée, elle paraissait calme, quoique le pouls battit 110 fois par minute ; elle n'avait point de céphalalgie ; la langue était large, blanche, piquetée, sa circonférence était moins rouge que la veille ; point de fuliginosité aux dents ; les gencives roses, sans enduit nacré ; la respiration bonne, toux nulle ; mais le ventre très-tendu du côté gauche et bien douloureux, ainsi que dans le creux de l'estomac ; à peine sensible, au contraire, du côté droit et dans la blessure, qui tend de nouveau à se refermer. Malgre la secousse que la malade a éprouvée dans la matinée, les lochies n'ont pas cessé de couler.

Je prescrivis un demi-lavement au lait, avec une cuillerée de gros miel ; des fomentations sur le ventre, à l'eau de mauve, de dix en dix minutes ; même boisson, quelques tranches d'oranges à sucer, diète.

Le 23, le moral est meilleur ; le pouls à 90 ; la malade avait dormi une partie de la nuit ; point de défaillance, les sueurs moins copieuses, point d'égarement, le creux de l'estomac sans

douleur, le ventre moins tendu que la veille; la sensibilité du flanc gauche diminuait, mais elle était plus forte dans le flanc droit et aux environs de la plaie, qui était presque fermée. Les seins sont légèrement engorgés, les lochies viennent bien; elle a eu une selle, matière échauffée, homogène; l'urine jaunâtre, sans dépôt. Même prescription.

Après mon départ, vers les six heures du soir, la fièvre de lait réveilla les symptômes ci-dessus mentionnés.

Le 24, bouche mauvaise, soif, un peu de mal de tête, face injectée, moiteur générale de la peau, 100 pulsations par minute; en un mot, tous les symptômes généraux sont augmentés. Le ventre n'est pas plus tendu qu'hier, la douleur faible dans l'épigastre et l'hypogastre; mais un point douloureux fixe au-dessus et à droite de la blessure, dont les lèvres sont fermées. Les mamelles engorgées, douloureuses; les lochies continuent; point de selles. La malade rendait quelques gaz par la bonche et le rectum; urine copieuse, rougeâtre.

Je permis six cuillerées de bouillon dans la journée, eau panée, orange; je prescrivis aussi un lavement purgatif, qui produisit quatre selles abondantes sans mélange de pus : ce lavement, avant d'être rendu, causa beaucoup de coliques à la malade pendant dix-neuf heures.

Le 25, les symptômes d'hier continuent; 95 pulsations, le ventre encore ballonné, les douleurs vagues sur sa surface; les seins durs et douloureux, les sueurs moins abondantes, soif plus modérée qu'hier. La malade fut agitée toute la nuit; pourtant, vers le matin, elle s'est endormie.

Prescription : Un quart de lavement aux mauves avec un quart de tête de pavot; douze cuillerées de bouillon coupé, gruau de Nantes pour boisson.

Le 27, je la vis à dix heures du matin; depuis mon départ du 25, coliques continuelles dans le ventre; pourtant, expression de la face bonne, les yeux supportant sans fatigue la lumière et le jour; la langue blanche, piquetée; la respiration normale, point de toux; le ventre ballonné, sans douleur; mais la pression avec la main réveille la sensibilité au-dessus de la perforation; la plaie ne donne lieu à aucun suintement. Le demi-lavement pris le 26 a produit deux évacuations de matière jaune liquide. La douleur des seins, avec leur engorgement, a disparu; les lochies, peu abondantes, suintent toujours.

Je prescrivis 61 grammes d'huile de ricin, à prendre en deux fois, en une demi-heure d'intervalle; liniment camphré sur l'étendue du ventre, un morceau de flanelle au-dessus. Au cas où

la colique continuerait, je conseillai de faire usage de fomentations avec les plantes aromatiques infusées dans du vin vieux.

J'ai vu de nouveau ma cliente le 29. Le pouls, encore fréquent, battait 86 fois par minute; les coliques, excitées par la prise de l'huile de ricin, ont occasionné trois selles copieuses et ont cessé. Le ventre est toujours ballonné, mais la douleur est sensiblement diminuée; seulement, une pression un peu forte excite une sensation douloureuse autour de l'ombilic. La peau légèrement moite conserve la chaleur presque naturelle. Point de soif; les nuits précédentes assez calmes, surtout la dernière, que la malade a passée en dormant. Les nausées et les vomissements, qui ont tourmenté la malade depuis quelques jours, ont cessé; son urine est jaunâtre, dépose au fond du vase : la patiente la rend en très-petite quantité depuis quarante-huit heures. Bref, je la trouvai mieux, et pour la première fois, je conçus quelque espoir de la sauver.

Jusqu'ici l'inspiration forte, la toux, le moindre mouvement provoquaient des douleurs dans le ventre; aujourd'hui, elle se met sur le vase de nuit toute seule, elle se couche indifféremment sur les côtés ou sur le dos sans accuser de douleurs nulle part. Elle demande à manger. Sa plaie est en voie de guérison.

Prescription : Boisson émolliente, 15 cuillerées de bouillon, un biscuit à la cuiller pour la journée et la nuit. Continuation du pansement et onction sur le ventre avec le liniment prescrit.

Le 1er août, ma malade avait le ventre plus ballonné qu'à ma dernière visite, son pouls battait 86 fois. J'attribuai cette aggravation des symptômes à l'imprudence de la patiente, qui, sans ma permission, s'était levée le 30 juillet pendant un quart d'heure : il est vrai qu'elle demanda au bout de ce temps à se recoucher pour ne pas empirer le mal; mais le 31, elle se permit de nouveau de se lever trois fois dans la journée, et resta chaque fois à peu près une heure, sans fatigue ni faiblesse. Sa blessure était cicatrisée. Dans l'intervalle de mes visites, elle a eu plusieurs selles naturelles, mais elle urinait peu et rarement. La bouche est moins pâteuse; la langue, la muqueuse des gencives et de la bouche sont tout à fait nettoyées; pas de soif. Pour toute nourriture, j'ordonnai un peu de vermicelle au lait; continuation de frictions sur le ventre avec le liniment camphré, et des fomentations.

Trompé par l'apparence de ce mieux, je laissai ma patiente aux soins empressés de sa mère et de son mari, recommandant la plus grande prudence sous le rapport de la nourriture et de la fatigue, ainsi que de garder le bandage du corps le plus long-

temps possible. J'engageai d'ailleurs son mari à m'appeler à la moindre exacerbation.

Le jour même que je la quittai (1er août, douze jours après l'accident), un écoulement, en guise de règles, survint et fonctionna pendant trois jours, comme les règles elles-mêmes avaient coutume à l'époque menstruelle avant l'accident. Elle perdit la même quantité de sang qu'aux autres époques, et la couleur en était normale.

Le 3 août au soir, la diarrhée survint et dura jusqu'au 5 inclusivement; la malade allait dix à douze fois dans les vingt-quatre heures à la garde-robe : la matière qu'elle rendait était roussâtre, exhalant une odeur infecte. Au fur et à mesure que le dévoiement continuait, le ventre et le bas-ventre s'assouplissaient, et le ballonnement diminuait; la bouche, qui jusqu'alors avait conservé une amertume et un empâtement anormal, était devenue meilleure. La malade se réjouissait de sa prochaine guérison, quand le 5 elle ressentit des douleurs lancinantes, aiguës, autour de la plaie fermée ; les personnes qui la soignaient y aperçurent une tumeur rouge, surmontée par la cicatrice, qui présentait une teinte noire; le 6 au soir, la cicatrice se rouvrit, et il en jaillit à flots une matière blanche, d'une odeur pénétrante, dont la quantité fut évaluée à 150 grammes. Outre la nourriture prescrite dont la malade faisait usage, elle avait mangé, le 6, deux grappes de groseilles, dont les pépins sortirent par l'ouverture accidentelle, le 7, avec le pus; mais aucun autre résidu n'avait paru à la blessure.

Le 8, je la trouvai au lit, désolée de sa position; le même jour au matin, voulant uriner, elle s'était mise à genoux dans son lit, et dans cette position elle avait perdu à peu près un verre de pus par la blessure; la matière était blanche, épaisse, répandant une odeur stercorale.

En examinant sa blessure, je la trouvai rouverte dans toute son étendue, les bords rouge pâle et baignant dans le pus, d'une odeur très-fétide; en la nettoyant, je retirai quatre pépins de groseilles mangés deux jours auparavant. Le pourtour de la plaie est d'environ 4 centimètres, dur, phlogosé; la pression occasionne une vive douleur.

La malade, malgré ce nouvel accident, passait bien les nuits, buvait peu, mais conservait un bon appétit. La peau était moite; 80 pulsations par minute, la langue naturelle. Enfin, ce même jour 8, elle était allée à la selle; sa matière, bien moulée, n'était point mêlée de pus; l'urine jaune, sans dépôt; le ventre, mou, n'est plus tendu, et cette mollesse m'a permis d'examiner

le corps de la matrice, qui m'a paru dur, très-développé et hors de l'excavation pelvienne.

Prescription : Repos, diète sévère, pansement avec la charpie enduite de cérat frais.

Le 10 août, à ma visite, je remesurai la position de la blessure pour la comparer avec celle qu'elle offrait pendant la grossesse, au moment du ballonnement du ventre et pendant sa flaccidité. Voici le résultat de mes recherches : Figurant deux lignes, une perpendiculaire qui allait de l'appendice xyphoïde jusqu'à la symphyse pubienne, l'autre horizontale qui allait passer immédiatement au-dessus de la symphyse : la perforation se trouvait à droite, dans l'angle droit résultant de la jonction des deux lignes ci-dessus mentionnées, 8 centimètres au-dessous de l'ombilic, et 2 centimètres au-dessus du pubis, presque sur la ligne blanche. L'étendue de l'ouverture était de 3 centimètres.

A travers la paroi de l'abdomen, on reconnaît que le corps de la matrice est plus volumineux que dans l'état normal. La peau est douce au toucher et moite ; point d'altération, et pourtant la bouche est mauvaise; 65 pulsations par minute ; la malade a très-bien passé la nuit; elle me demande à manger, et elle prend au lit indifféremment toutes les positions sans souffrir.

Prescription : Même pansement, repos, quelques cuillerées de bouillon ou de lait sucré pour toute nourriture. Dans la même journée, après mon départ, en pansant la plaie, on retira deux pépins de groseilles ; une selle naturelle eut lieu aussi dans la même journée.

Les jours suivants, amélioration progressive; toutefois, le 14, après avoir mangé la bouillie un peu épaisse, elle vomit, ayant eu des douleurs vives dans le creux de l'estomac quelques minutes auparavant; l'effort de vomissement n'a pas réveillé de douleurs dans la plaie ni aux environs. Cinq minutes après avoir vomi, un écoulement, qui dure encore aujourd'hui, se déclara par les parties génitales.

Je la revis le 20 août au matin dans un état de désolation complète ; depuis quelques jours, il sortait en abondance, par la plaie, une matière jaunâtre, fétide, et qu'elle regardait avec raison comme venant de l'intestin. Les bords de la plaie étaient collés en partie, et ne laissaient que trois ouvertures, dont la plus grande pouvait à peine loger le tuyau d'une plume d'oie ; elles étaient séparées les unes des autres par les parcelles de la peau de la cicatrisation.

Le 23, deux de ces ouvertures étaient cicatrisées ; mais la plus grande existait encore, je la cautérisai avec le nitrate d'argent ;

et dans l'intervalle de mes visites, je conseillai de saupoudrer les bords boursouflés avec le sulfate d'alumine. Un bandage de corps, médiocrement serré, soutenait les compresses sur l'orifice.

Le 4 septembre, même état; la cautérisation par la poudre d'alun n'a produit aucun effet; les rebords m'ont paru plus élevés et plus renversés sur eux-mêmes. Je portai le crayon d'azotate d'argent dans le conduit fistuleux assez profond, ensuite je cautérisai le bourrelet d'excroissance de chair.

Le 2 octobre, la malade a fait 7 kilomètres à cheval pour me voir; elle m'a déclaré que depuis ma dernière cautérisation l'ouverture diminuait sensiblement, mais que depuis aussi, le ballonnement du ventre augmentait. Effectivement, en examinant le ventre, je le trouvai tendu, sonore, mais non pas douloureux.

Quaut à l'ouverture, elle existait toujours; on distinguait la membrane muqueuse de nouvelle formation, qui tapissait le conduit fistuleux et dont les rebords dépassaient le niveau de la peau d'un millimètre à peu près; il en suintait continuellement un liquide visqueux, plus abondant dans la position verticale; des gaz s'en échappaient aussi quelquefois avec un léger bruit.

Du reste, toutes les fonctions se faisaient aussi bien qu'à l'état normal.

La fistule persista ainsi pendant environ quatre mois; après quoi elle finit par se fermer d'une manière définitive, sous la double influence d'une diète sévère et de la compression par le bandage de corps.

Réflexions. — Le jour que je fus appelé auprès de la femme Chaline, et au commencement de ma première visite, j'avais quelques doutes sur la lésion d'un des deux organes contenus dans la cavité pelvienne; mais considérant la grossesse de cinq mois et demi, la situation de la lésion externe du bas-ventre, la direction du corps vulnérant, et enfin l'émission du liquide jaune verdâtre et floconneux au moment de l'accident, je jugeai que la face antérieure du corps de la matrice était perforée plutôt que la vessie; et ce diagnostic fut confirmé par la naissance prématurée du fœtus, qui portait une blessure à l'omoplate.

Si j'avais quelques craintes, primitivement, pour le tube intestinal, je ne fus convaincu de sa lésion que par la première expulsion des quelques pépins de groseilles et de gaz par l'ouverture accidentelle, c'est-à-dire, dix-huit jours après l'accident. Comment cependant s'est opérée cette ouverture? Le développement des douleurs lancinantes dans la tumeur phlogosée, à l'endroit de la cicatrice, onze jours après l'accident et cinq jours après la complète cicatrisation, me porte à croire qu'il s'était fait un

épanchement de matière fécale dans le tissu cellulaire environnant la lésion intestinale, qui, obéissant aux lois d'élimination, après avoir rouvert la plaie, a produit la grande quantité de matière blanc-jaunâtre, exhalant l'odeur de matière stercorale, dont j'ai parlé dans le courant de mon observation. L'intestin était-il donc resté intact, et s'est-il ulcéré consécutivement, ou faut-il croire qu'il avait été atteint par l'instrument, et que la plaie, d'abord fermée, n'a pas tardé à se rouvrir ?

Quoiqu'il en soit, la plaie de la matrice s'est rapidement cicatrisée, sans doute à cause de la texture et surtout du repos de l'organe, tandis que la fistule stercorale a résisté beaucoup plus longtemps, de manière même à laisser craindre qu'elle ne fût incurable.

Maintenant, cette femme est jeune encore ; elle peut redevenir enceinte ; n'y aurait-il pas dans ce cas pour elle quelque danger ? A la vérité, on a vu quelques femmes, délivrées par l'opération césarienne, parcourir impunément de nouvelles grossesses ; mais quelquefois aussi, on a vu la cicatrice se rompre lors de l'écoulement. Il y aurait donc là un nouveau sujet d'intérêt pour l'observateur.

---

10. *Des dégénérescences du tissu de l'utérus, et des tumeurs accidentelles de cet organe, envisagées sous le point de vue de leur influence sur la grossesse, l'accouchement et les suites de couches* ; par CHAILLY HONORÉ.

(Bulletin général de Thérapeutique, décembre 1846.)

Les dégénérescences dont le tissu de l'utérus peut être affecté, certaines tumeurs qui se développent à sa surface interne et externe, ou dans l'épaisseur de ses parois, coïncidant avec la grossesse, constituent une complication qui n'est pas très-rare, et qui est quelquefois très-fâcheuse sous le point de vue de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches.

Les faits de ce genre, qu'on trouve dans les auteurs, sont déjà en assez grand nombre pour qu'il ne soit pas possible de les rapporter tous, même succinctement ; j'ai donc dû me borner à n'analyser que les principaux, en renvoyant le lecteur aux sources elles-mêmes, et en tirant les indications pratiques qui en ressortent tout naturellement.

Les affections, dont le tissu de l'utérus peut être le siége, sont très-variables quant à leur nature, à leur forme, à leur siege. Elles peuvent n'intéresser que le col seul, ou tout le segment inférieur de l'utérus, ou enfin une grande partie, ou la totalité du corps de l'organe ; elles peuvent acquérir un volume considérable et former

saillie dans le vagin. Jacobs (1795) rapporte, page 195, que F. de Hilden en vit une de la grosseur de la tête d'un enfant; qu'Amand observa un cas semblable, et Bartholin aussi.

Martin le jeune, *Mémoires de médecine et de chirurgie pratique*, page 278, cite, sur neuf cas, trois de cancer formant une tumeur énorme.

Celles de ces affections, désignées sous les noms de *tumeurs fongueuses*, de végétations, d'engorgement squirrheux, de cancer ulcéré, sont tantôt rigides, lardacées; tantôt molles, pulpeuses, et saignant au moindre contact, et n'affectent, en général, que le col de l'utérus et le segment inférieur de cet organe. Quelques auteurs modernes ont même révoqué en doute la dégénérescence cancéreuse des parois du corps de la matrice : je ne l'ai jamais rencontrée, et les observations, où des faits de ce genre sont relatés, sont, il est vrai, loin d'être toutes concluantes (1). Les autres maladies, qui ont reçu les noms de polypes, de tumeurs fibreuses, peuvent affecter le corps et le col de l'utérus (2). C'est à ce genre d'affections que quelques anatomo-pathologistes modernes rapportent les faits de cancer du corps de l'utérus, signalés par les auteurs.

Viennent enfin les tumeurs enkystées du corps et du col de l'utérus.

Les *tumeurs fongueuses* appartiennent à l'affection cancéreuse; *les végétations* sont simples ou déterminées par l'affection syphilitique : les végétations naissent des parties les plus superficielles du museau de tanche; elles sont quelquefois pédiculées, leur tissu est plus ferme que celui des tumeurs fongueuses, et détermine moins facilement que celles-ci des hémorrhagies; elles sont aussi bien moins graves, sous le point de vue de la terminaison.

La forme, la mollesse, les inégalités des tumeurs fongueuses et des végétations, les écoulements sanguins, légers ou abondants, dont elles peuvent être le siége, les ont souvent fait prendre pour

(1) Madame Lachapelle, *obs.* III, page 155, vol. III. Il faut cependant excepter celles de Martin le jeune, de Lyon (1835), qui, sur neuf faits rapportés dans ses *Mémoires de médecine et de chirurgie pratique*, depuis la page 267, en cite cinq de squirrhe du corps, constatés par lui et Viricel.—M. Gendrin a plusieurs fois constaté aussi le cancer du corps de l'utérus. — M. Belin, à la Salpêtrière, service de M. Bouvier, a rencontré deux fois le cancer ulcéré encéphaloïde du corps; dans l'un il y avait communication de l'utérus dans la vessie. — Smellie, page 138, t. II, surtout dans l'*obs.* III, établit d'une manière évidente le cancer du corps.

(2) Ce sujet important a été traité déjà d'une manière tout à fait complète dans ce journal par le docteur Amédée Forget; nous engageons le lecteur à consulter ce travail qui a pour titre : *Recherches sur les corps fibreux et les polypes de l'utérus considérés pendant la grossesse et après l'accouchement*, tome XXX, page 261. (*Note du rédacteur.*)

le placenta inséré sur l'orifice utérin. Cette méprise, qui, au premier toucher, a été commise quelquefois par des médecins habiles, (1) sera surtout facile quand les écoulements sanguins ne commenceront à se manifester qu'après le septième mois. Ce n'est, en effet, qu'après cette époque qu'on voit ordinairement les hémorrhagies qui sont dues à l'insertion du placenta sur l'orifice utérin.

La méprise ne pourra pas cependant être de longue durée, si on examine avec soin les parties. Dans l'insertion du placenta, on trouvera facilement le col utérin, on pourra déterminer sa forme, son degré de dilatation, de consistance, et ce ne sera qu'après avoir traversé le col qu'on arrivera au placenta; tandis que dans le cas qui nous occupe, au contraire, le doigt arrive immédiatement sur la tumeur, qui, par son épanouissement, masque l'orifice utérin, et lorsque le doigt parvient à pénétrer dans cet orifice, ce n'est qu'en traversant la tumeur qui constitue le col lui-même qu'il y parvient. Nous raisonnons dans la supposition que la grossesse a dépassé le septième mois.

Les accidents, que ces affections déterminent, varient suivant la nature, la forme et le volume de ces affections; l'époque de la gestation, à laquelle se manifestent les accidents, varie aussi en raison des mêmes causes; aussi convient-il de les envisager sous le point de vue de la grossesse, du travail et des suites de couches.

De ces affections envisagées sous le point de vue de la grossesse. — C'est une opinion généralement admise, que les affections de l'utérus, celles du col de cet organe surtout, les plus communes, peuvent s'opposer à la conception; il n'en est pas cependant le plus ordinairement ainsi. La conception, si fort à redouter à cause de ses conséquences ultérieures, quand elle coïncide avec des affections de cette nature, s'effectue souvent dans ces cas avec une facilité extrême, même dans un état de dégénérescence avancée du col utérin. On en pourrait citer, pour preuves, toutes les observations de cancer coïncidant avec la grossesse, rapportées par les auteurs, observations que M. Kilian de Bonn a presque toutes signalées dans son remarquable *Traité d'accouchements*, auxquelles il faut encore joindre celles que j'ai déjà citées, et celles que je vais rapporter dans la suite de ce travail. Les tumeurs fongueuses du col, en oblitérant son orifice, sont celles de ces affections qui pourraient le plus souvent s'opposer à la conception.

Traitement de ces affections pendant la grossesse; précautions

(1) Madame Lachapelle rapporte, page 363, *obs.* XVIII, qu'elle prit de prime abord une de ces affections pour un placenta inséré.

qu'il exige par rapport à la grossesse.— Dès qu'une grossesse s'est manifestée, coïncidant avec une dégénérescence du col de l'utérus, il convient, dans l'intérêt de la mère et du produit, de ne pas abandonnner tout traitement; car, livrées à elles-mêmes, ces affections prendraient un accroissement qui, avant la fin de la grossesse, pourrait compromettre la vie de la mère, et par suite celle de l'enfant, ou tout au moins la grossesse seule. En effet, le surcroit d'activité que la grossesse imprime à la circulation utérine précipite la marche de ces affections, et quoiqu'on ne puisse guère espérer que le traitement amènera la cure de ces maladies, il ne faut pas moins le mettre en usage pour ralentir leur marche, dans l'intérêt même de la grossesse.

Mais il est aussi d'une indispensable nécessité de renoncer à l'usage de quelques moyens usités dans certaines de ces affections : l'excision, la cautérisation au fer rouge, même avec le nitrate d'argent, ou le nitrate acide de mercure ; car ces moyens sont de nature à mettre en action la contractilité organique de l'utérus, qui est l'agent principal de l'expulsion du produit.

Des sangsues ne devront jamais être appliquées sur le col, ou au voisinage de l'utérus ; mises en grande quantité, elles peuvent déterminer la mort du produit, et par suite son expulsion ; en petite quantité, elles détermineraient la congestion de l'utérus et les conséquences de cette congestion, l'hémorrhagie et l'avortement.

On s'en tiendra donc à l'usage des styptiques en applications et en injections, le sulfate d'alumine, etc., suivant la nature de l'affection et les accidents auxquels elle donne lieu ; en bains de toute nature, bains de siége, mais presque frais, malgré l'aversion d'un chirurgien, justement célèbre, pour ce moyen.

Il va sans dire que la petite saignée révulsive, si fort en usage dans ces cas, ne pourra qu'être avantageuse pour le maintien de la grossesse ; il en est de même des narcotiques.

Pour les polypes et les tumeurs fibreuses pédiculées, leur ablation ne devra jamais être pratiquée qu'après l'accouchement ; quel que soit le procédé mis en usage, il compromettrait bien souvent la grossesse. Ce n'est que dans un cas de nécessité absolue, lorsqu'une hémorrhagie grave menace la vie de la mère, qu'il faut se décider à cette ablation, et seulement au moyen de la ligature ; l'excision, en effet, ne ferait qu'accroître l'hémorrhagie.

Des accidents qui peuvent résulter de ces affections pendant la grossesse. — Affections du col. — L'avortement et l'accouchement prématuré peuvent être la conséquence de ces affections : le plus

ordinairement cependant, comme cela résulte des observations que nous possédons, la grossesse parcourt ses périodes, même dans les cas où le col de l'utérus est le siége d'affections graves ; ce résultat est dû à la rigidité du col, qui se rencontre si souvent dans ces cas, rigidité qui, s'opposant à la dilatation de l'orifice, constitue souvent, à terme, une cause de dystocie sérieuse ; mais qui, par la même raison, fait que l'orifice ne se prête que difficilement à se laisser dilater avant terme. Cette circonstance qui pourra, à terme, compromettre le salut de la mère et celui de l'enfant, devient la sauvegarde de ce dernier pendant la grossesse.

L'avortement peut-être causé, dans ce cas, par le défaut de résistance du col. — Quelques affections du col de l'utérus peuvent, en altérant sa consistance, le rendre plus facilement dilatable, et peuvent alors déterminer l'avortement ou l'accouchement prématuré ; telles sont les tumeurs fongueuses, les végétations ; mais cela est rare. C'est dans ces cas, surtout, qu'indépendamment des autres moyens que la grossesse permet de mettre en usage, le laudanum, administré en lavements, donnera les résultats les plus satisfaisants.

L'avortement peut être causé par l'hémorrhagie. — Ces tumeurs peuvent encore déterminer l'avortement, par suite des pertes de sang qu'elles occasionnent quelquefois, et alors, ou le produit peut périr victime de ces pertes, si elles sont considérables, et l'enfant devenu corps étranger doit être expulsé ; ou bien les moyens, qu'on est obligé de mettre en usage pour arrêter ces pertes, réveillant la contractilité organique de l'utérus, peuvent déterminer l'expulsion du produit vivant, mais qui cesse de vivre s'il n'a pas dépassé le terme de la viabilité.

Je n'ai pu trouver qu'un cas, où l'hémorrhagie devient mortelle pour la mère et l'enfant avant terme : celui de M. Horteloup, communiqué à la Société de médecine du deuxième arrondissement, et sur lequel je reviendrai avec détail. Je ne crois pas cependant que ce fait puisse être le seul où l'on ait observé ce déplorable résultat ; celui de Martin le jeune et de M. Rey de Lyon (*Mémoires de médecine et de chirurgie pratique* (1835), page 282) ne s'y rapporte pas entièrement, mais il s'en rapproche beaucoup. L'enfant seul périt victime de l'hémorrhagie, la femme succomba à la suite d'une rupture utérine. Dans certains des cas cités par madame Lachapelle (page 368 et suivantes), l'hémorrhagie s'est manifestée dès les premiers mois de la grossesse, a duré jusqu'à terme, mais n'a pas empêché la grossesse de parcourir ses périodes ; ou si l'avortement a eu lieu, ç'a été avec ou sans hémor-

rhagie, mais sans que la vie de la mère ait été compromise avant terme.

Ces pertes peuvent donc être assez considérables pour compromettre aussi directement les jours de la mère, et pour faire croire, comme je l'ai dit, à l'insertion anormale du placenta sur l'orifice ou dans son voisinage. En effet, la grossesse, par suite du surcroît d'activité qu'elle imprime à la circulation utérine, accroît le volume de ces tumeurs et leur disposition à l'hémorrhagie, en y déterminant un afflux sanguin considérable.

On combattra avec avantage ces pertes, si elles sont *légères*, par les styptiques en injections ou en applications, les petites saignées révulsives, etc.

Mais si l'hémorrhagie était grave, ce qui est rare, et qu'on eût la crainte que, par suite de la répétition des accidents, la vie de la femme ne fût sérieusement compromise, toute considération devrait disparaître devant une nécessité aussi impérieuse ; et, quelque préjudice que les moyens employés pussent causer au produit, il ne faudrait pas moins y recourir, quand on aurait usé inutilement de ceux qui sont compatibles avec la conservation de la grossesse, d'autant plus que les hémorrhagies elles-mêmes causeraient bien souvent la mort de l'enfant.

Dans ce cas, l'hémorrhagie est toujours externe, à moins qu'il n'existe, conjointement avec l'affection utérine, un décollement partiel ou total du placenta, etc., qui aurait déterminé une perte interne.

On devra insister sur les réfrigérants ; mais quelle que soit l'intensité des accidents, jamais les réfrigérants ne devront être appliqués sur toute la surface du corps. Madame Lachapelle a cité des cas où la mère, affectée d'hémorrhagie, n'est pas morte par suite de l'accident, mais de froid. Les cuisses, le bas-ventre seuls devront y être exposés ; la partie supérieure du tronc, au contraire, devra être réchauffée pour déterminer une utile dérivation, et concentrer, vers les organes les plus essentiels à la vie, la quantité de sang nécessaire au maintien des fonctions de ces organes.

De petits lavements froids devront être mis en usage, ainsi que des injections fortement astringentes.

Enfin, si cela devient indispensable, quand il n'y a pas de commencement de travail, et que l'époque de la grossesse ne permet pas de rompre les membranes et de favoriser l'expulsion du produit, il faut appliquer le tampon (1).

(1) Le meilleur procédé à suivre pour tamponner le vagin très-exactement et en déterminant le moins de douleur possible, est sans contredit celui que met

Le tampon s'oppose mécaniquement à l'issue du sang, mais il faut bien convenir que, si ce procédé a des avantages incontestables pour la mère, et peut quelquefois en avoir aussi pour le produit, le plus ordinairement il ne laisse guère de chance de conserver ce dernier. En effet, le tampon irrite le col par sa présence, et cette irritation, d'autant plus vive que le col est plus malade, sollicite la réaction de cette partie sur le fond de l'organe; l'utérus se contracte, le col s'assouplit, se dilate, la nature de l'affection dont il est le siége, dans le cas qui nous occupe, favorisant en général cette dilatation, l'hémorrhagie est arrêtée; mais en retirant le tampon, on trouve l'avortement imminent.

Si, malgré l'application du tampon, ou bien après cette application, car le tampon ne peut rester appliqué indéfiniment, l'hémorrhagie continuait à inspirer des craintes pour la mère, la perte du produit étant inévitable par le fait même de l'abondance de l'hémorrhagie, il faudrait mettre tout en usage pour tenter de conserver la vie de la mère, et cette conduite serait la seule à suivre, quand bien même la mort du fœtus ne serait pas encore accomplie; car, dans tout état de cause, si l'enfant n'a pas atteint le terme de la viabilité, sa mort est inévitable, que sa mort précède ou soit la conséquence de celle de la mère.

Il faut bien dire cependant que dans l'immense majorité des cas, les hémorrhagies permettront à la grossesse de dépasser le terme de la viabilité. Je n'ai pu, comme je l'ai dit, trouver que deux exemples contraires.

Le terme de la viabilité une fois accompli, aucune considération ne doit arrêter; l'enfant ayant de grandes chances d'être conservé à la vie, l'accouchement prématuré artificiel, que M. Stoltz de Strasbourg a naturalisé en France, doit être pratiqué. Le procédé de Kluge, qui consiste à dilater artificiellement le col au moyen d'un petit cône d'éponge préparée, qu'on maintient dans les parties, à l'aide d'une éponge ordinaire et d'un bandage en T, est, sans contredit, le plus sûr et le plus inoffensif. On y adjoindra quelquefois avec avantage le seigle ergoté. Quand on a jugé, par le temps qui s'est écoulé depuis l'introduction de l'éponge et par l'intensité des douleurs, que la dilatation a dû s'effectuer, on retire les éponges et on procède à la rupture des membranes, à l'aide d'une plume taillée comme pour écrire, ou au moyen de la sonde à dard, par le procédé de Meissner, soit au

en usage M. P. Dubois. Il consiste à se servir d'un spéculum, au-dedans duquel on introduit les bourdonnets de charpie, et qu'on retire successivement jusqu'à ce que le vagin soit rempli. Le tout est ensuite maintenu par des compresses et un bandage en T.

centre de l'orifice, soit dans un point élevé en faisant glisser l'instrument entre l'œuf et la surface interne de la matrice.

Il va sans dire que plus la grossesse sera avancée, plus les moyens d'action seront facilement applicables, et plus ils laisseront de chances au produit.

Si, malgré l'usage de ces procédés, la mort de la mère est inévitable, on aura du moins, en agissant en temps utile, la consolation de sauver quelquefois l'enfant. Le premier des deux faits que j'ai déjà signalés à cette occasion, et où la vie de la mère et celle de l'enfant furent compromises par l'hémorrhagie, a été communiqué à la Société de médecine du deuxième arrondissement par M. Horteloup, qui a bien voulu m'en donner la relation. Je n'en donne ici que la substance. Mme T. de Saint-M., âgée de trente-six ans, devint grosse en 1841 pour la septième fois. Au deuxième mois, elle éprouva des étourdissements et de légères pertes journalières qui devinrent ensuite plus considérables. Mme T. estimait à peu près à deux palettes la quantité de sang perdu chaque jour, soit en urinant, soit en allant à la garderobe; les étourdissements cessèrent. Ces pertes éloignaient toute idée de grossesse dans l'esprit de chacun, lorsque Mme T. affirma qu'elle sentait remuer (quatre mois et demi). Pendant les trois mois qui suivirent, les pertes continuèrent, la malade s'affaiblit, s'infiltra; c'est dans cet état que la vit pour la première fois M. Horteloup, le 1er juillet.

M. Horteloup s'assura de la grossesse par l'auscultation, prescrivit du sirop de grande consoude; le 20 juillet, il fut appelé au moment d'une perte beaucoup plus abondante que les précédentes, toucha la malade et reconnut alors que les pertes étaient dues à la présence d'une vaste tumeur cancéreuse occupant tout le vagin; molle et saignante au moindre contact. M. Horteloup porta le pronostic le plus grave. La perte se modéra sous l'influence de la glace et des injections froides; mais le 26 juillet, quelques jours après, une hémorrhagie abondante détermina subitement la mort de la malade.

L'ouverture ne permit de constater rien autre chose que pendant la vie, si ce n'est que *le fœtus était parfaitement développé, gras, avait des cheveux et des ongles.* N'est-il pas permis de penser que, dans ce cas, l'accouchement prématuré artificiel aurait au moins pu sauver l'enfant avant la mort de la mère? je le crois; aussi je suis convaincu que si notre confrère eût été mandé en temps utile, et si la soudaineté de la mort, sur laquelle il ne devait pas compter aussitôt, ne l'en eût empêché, il aurait pris ce parti.

Dans la discussion à laquelle le fait donna lieu, à la Société de médecine du deuxième arrondissement, quelques voix se sont élevées pour combattre l'accouchement prématuré artificiel, que je proposais dans ce cas ; elles alléguaient l'énorme responsabilité qui pèse sur l'accoucheur en pareille circonstance, et trouvaient tout simple qu'elle fît reculer l'homme de l'art. Elles citèrent les procès intentés aux médecins dans des cas analogues (1), et procès sous le coup desquels ils succombèrent. Tout au plus accordait-on même que cette opération pût être pratiquée sous l'égide de deux ou trois accoucheurs, que la voix du peuple, ou leur mérite reconnu, a placés en tête de la pratique obstétricale.

Comment ! quand une chance de salut, bien minime il est vrai, reste à la mère ; quand cette chance permet de sauver presque sûrement le produit, devra-t-on la laisser échapper, et vouer à une mort certaine les deux individus confiés à ses soins, dans la crainte d'engager sa responsabilité ? Mais s'il en était ainsi, l'homme de l'art devrait être arrêté par cette considération, en face des opérations les plus simples, la saignée même, dont les conséquences peuvent être quelquefois si fâcheuses ; et si encore il lui fallait, pour pratiquer l'accouchement prématuré, que la loi ne reconnaît pas, il est vrai, mais que l'art a heureusement conquis sur le préjugé, s'il lui fallait la sanction de quelques notabilités obstétricales, où en seraient réduits les populations et les médecins éloignés des grandes villes ?

Le médecin ne doit prendre, en pareil cas, conseil que de la nécessité, et quand bien même il ne pourrait se mettre à couvert sous le patronage d'hommes spéciaux, assisté de quelques confrères qui viendront courageusement prendre leur part de responsabilité, seul même, si les moments le pressent, il devra agir : s'il succombe, que lui restera-t-il ? sa conscience.

Quant aux polypes, aux tumeurs enkystées du col, aux tumeurs fibreuses, ce n'est qu'au moment du travail que leur influence peut se faire surtout sentir. Cependant, il se pourrait qu'un polype de nature friable, saignante, comme on en rencontre quelquefois, donnât lieu à des hémorrhagies compromettantes pour la mère et l'enfant, et qu'on fût dans la nécessité de le lier pour l'extraire. Mériman enleva par la ligature un polype qui avait le volume de la tête d'un fœtus de six mois ; la femme accoucha un mois après à terme et spontanément. Mais à moins d'une nécessité absolue, on devra toujours remettre l'extraction de ces tumeurs, extraction qui ne doit être faite que par la ligature, à

(1) Celui de M. Elie de Domfront, qui avait amputé les deux bras d'un enfant vivant, dans une présentation du tronc.

une époque où l'utérus a repris son volume et ses conditions normales, c'est-à-dire après les six semaines qui ont suivi l'accouchement et après la réapparition des règles. Les tumeurs enkystées du col n'ont, pendant la grossesse, qu'un intérêt purement de diagnostic. Ce sont elles, qui souvent ayant passé inaperçues et s'étant rompues tout à coup, ont fait croire à la rupture des membranes et à un accouchement prochain.

Les affections du corps de l'utérus peuvent, plus souvent que les précédentes, compromettre la grossesse avant terme : tels sont les engorgements squirrheux, les polypes et les tumeurs enkystées du corps jointes ou non aux affections du col dont nous nous sommes occupés. Telles sont encore les tumeurs fibreuses interstitielles du corps de l'utérus. En effet, les affections du corps de l'utérus s'opposent à l'accroissement physiologique des parois de cet organe et le constituent dans une révolte ouverte et permanente contre la grossesse ; les douleurs vives, perçues dans la totalité de la matrice, constantes le plus ordinairement, tendent sans cesse à déterminer l'issue du produit. On combat avec avantage ces accidents à l'aide des grands bains, des petites saignées révulsives du bras, des embrocations narcotiques et huileuses sur l'abdomen, et surtout des lavements laudanisés. Les tumeurs interstitielles, celles qui se sont développées sous le péritoine, peuvent aussi compromettre la vie de la femme et par suite la grossesse, non pas directement, mais quand, après s'être enflammées, elles deviennent le siége d'abcès. M. Duparcque, page 15, cite de ce fait trois observations hors l'état de grossesse. M. Amédée Forget cite aussi à cette occasion, dans son excellent travail, l'opinion de Bayle et de Lisfranc, sur les évolutions pathologiques dont les polypes peuvent devenir le siége, et le fait de M. Barnetche de Bordeaux, où cet accident ne s'est manifesté qu'après un accouchement laborieux.

D'autres fois l'organe, profondément altéré dans sa constitution intime, ne jouit plus d'une assez grande énergie de contractilité pour réagir sur le produit, et la fausse couche n'a pas lieu ; mais la fibre utérine inerte ne pouvant, ni s'accroître facilement, comme cela a lieu dans l'état normal, ni se laisser distendre, trop friable pour résister, se déchire sous l'influence du plus léger effort.

M. Duparcque, dans son remarquable *Traité des ruptures utérines*, signale cette cause de rupture, et cite plusieurs faits à l'appui. Mme Lachapelle cite aussi un fait de rupture spontanée de l'utérus dans des circonstances semblables.

L'observation de Mme Boivin en serait encore une preuve.

Enfin, M. Martin le jeune de Lyon (page 280, *loco citato*) vit cette rupture se produire à cinq mois : une partie du corps et le col entier étaient squirrheux. On reconnaît qu'une rupture de l'utérus s'est effectuée, au cri perçant qu'arrache à la malade une douleur subite et des plus violentes dans un des points de l'abdomen, aux syncopes, au tremblement des membres, enfin, à l'engourdissement qui succède instantanément à cette douleur si vivement perçue.

Quand la grossesse est avancée (et ce n'est, en général dans ces cas, qu'à une époque avancée que la rupture a lieu), si la crevasse a laissé échapper tout ou partie de ce que l'utérus contient, la région hypogastrique s'affaisse subitement, on sent dans une des fosses iliaques l'utérus rétracté, globuleux ; cependant, on comprend que l'abondance de l'épanchement dans le péritoine puisse masquer ces caractères en distendant l'abdomen. Mais ce que le toucher peut toujours permettre de constater, quand on a déjà reconnu, à l'aide de ce moyen, la présence des parties fœtales au détroit supérieur, c'est la fuite de ces parties; elles ne peuvent plus être senties sur le segment inférieur de l'utérus.

Les moyens à mettre en usage varient suivant l'époque à laquelle la grossesse est parvenue, suivant que le produit, ses annexes et les liquides ont ou non passé dans la cavité du péritoine.

La grossesse est peu avancée; tout porte à croire que le produit est encore contenu dans la cavité utérine et que l'épanchement est peu considérable.

Repos absolu, dans une situation telle que la rupture occupe la partie la plus élevée, compression méthodique sur la crevasse même, application de glace, opiacés.

Si, dans le même cas, tout ou partie du contenu de l'utérus est passé dans la cavité du péritoine, il faut s'opposer à l'hémorrhagie par la compression de l'aorte, soutenir les forces, enfin pratiqner la gastrotomie.

La grossesse est déjà avancée; elle a atteint ou dépassé le septième mois; l'enfant est présumé viable : on pense que rien de notable n'est passé de l'utérus dans la cavité du péritoine.

Extraire le produit et ses annexes par les voies naturelles, même en forçant la résistance du col s'il est épais, en l'incisant s'il est mince. Si le col ne peut être atteint, pratiquer l'hystérotomie vaginale.

Si, dans le même cas, tout ou partie de l'utérus est passé dans l'abdomen, aller à la recherche de ces parties par les voies naturelles, les ramener dans l'utérus, puis les extraire. Dans le cas

où cela serait impossible, la gastrotomie serait la seule opération qu'on pût tenter.

Dans une prochaine livraison nous terminerons ce travail par l'étude des maladies dont le tissu de l'utérus peut être le siége, envisagées sous le point de vue de l'accouchement et des suites de couches.

MALADIES DES FEMMES.—11. *De la cautérisation de col de l'utérus avec le caustique solidifié de potasse et de chaux* ; par M. le docteur FILHOS.

(Revue médicale, décembre 1846.)

ARTICLE Ier. — *Définition de la cautérisation ; — historique sommaire de cette opération ; — choix des caustiques et leur prétendue spécificité ; — règle générale relative à l'emploi des caustiques ; — but de ce travail.*

La cautérisation du col de l'utérus consiste à détruire, au moyen d'un caustique, toute altération de tissus qui aurait résisté à l'emploi soutenu des moyens médicaux, et tendrait par sa persistance ou son aggravation à compromettre les jours des malades.

Pendant qu'Osiander cherchait, dans l'amputation du col de l'utérus, un dernier remède contre les progrès incessants du cancer de cet organe, M. Récamier, de son côté et à la même époque, demandait à l'action des caustiques la guérison d'une affection aussi grave. L'expérience ne tarda pas à démontrer que la crainte, généralement admise, d'une réaction inflammatoire trop vive de la part de la matrice à l'action d'agents irritants, était purement idéale ; aussi la plupart des médecins adoptèrent-ils avec empressement la nouvelle voie de traitement que venait de leur ouvrir le savant professeur de l'Hôtel-Dieu ; mais, privés de règles précises sur l'emploi des caustiques, sans autre guide sur ce terrain nouveau qu'une théorie douteuse, incertaine, ils ont, plus d'une fois, agi contre les véritables véritables principes de la médecine, et partant commis de graves erreurs. En effet, en compulsant les auteurs, l'on voit qu'il n'est peut-être pas d'affections du col de l'utérus, contre lesquelles l'usage des caustiques n'ait été dirigé ; et, en suivant la pratique journalière de la chirurgie, l'on est frappé de la facilité avec laquelle on recourt à la cautérisation après le plus léger examen, et pour des états purement inflammatoires. Quant à l'emploi renouvelé des caustiques, beaucoup de médecins ont pensé qu'il fallait y recourir tous les trois jours, tous les cinq jours, tous les huit jours, et ils ont estimé

que dix à douze cautérisations devaient suffire pour amener la guérison, ajoutant toutefois qu'il peut être nécessaire d'en faire un plus grand nombre. Enfin, sous le point de vue thérapeutique, la plupart des médecins, en pratiquant cette opération, avaient moins le dessein d'opérer une véritable destruction des tissus, que de modifier l'état des parties malades, paraissant ignorer que, dans certains états morbides, dans la dégénérescence squirrheuse, par exemple, toute modification, toute irritation renouvelée des tissus ne sert qu'à provoquer ou hâter la marche désorganisatrice de la maladie.

Voilà les règles que l'on a tracées de la cautérisation. Que font la plupart des médecins avec un pareil guide ? Ils cautérisent tous les trois ou quatre jours ; ils renouvellent la cautérisation jusqu'à dix ou douze fois ; et si, au bout de ce temps, la malade n'est pas guérie, ce qui arrive souvent, ils répètent alors cette opération vingt, soixante, quatre-vingts fois et plus. Ils éternisent ainsi les maladies et rendent incurables celles qui auraient pu parfaitement guérir.

Le choix des caustiques, employés contre les affections du col de l'utérus, a surtout varié d'après les idées émises par quelques médecins. Ainsi, tantôt l'on a préféré le nitrate acide de mercure, tantôt la pierre infernale, quelquefois des cylindres de potasse, très-rarement le fer rouge.

Tous les caustiques, a-t-on dit, n'ont pas le même mode d'action : les acides n'agissent pas comme le fer rouge, les alcalis comme les acides. Aussi des auteurs distingués, et M. Mialhe entre autres, ont-ils cherché à classer ces divers agents thérapeutiques d'après leur effet chimique sur les tissus vivants : de là les caustiques coagulants, fluidifiants, etc. Ces distinctions, très-judicieuses en théorie, servent généralement peu dans la pratique ; en effet, quelle que soit la nature des caustiques, quand ces agents sont destinés *à faire une eschare*, ils n'ont, en définitive, qu'un seul et même résultat, *la mortification des tissus* ; s'ils produisaient moins, ils manqueraient leur but et ne feraient que modifier des parties qui doivent être détruites.

On a toutefois pensé que le cautère actuel et les acides, en crispant les tissus, donnaient lieu à des cicatrices moins larges que les alcalis. C'est une erreur ; car, outre que la largeur des cicatrices que produisent ces derniers agents, du moins le caustique solidifié de potasse et de chaux, peut être exactement limitée, que l'on examine ce qui se passe après l'action du cautère actuel, par exemple. Les tissus, sur lesquels agit le fer rouge, éprouvent d'abord un mouvement de racornissement qui donne

lieu à une eschare d'apparence assez petite ; mais que l'on attende un peu, et l'on verra bientôt autour de la partie cautérisée une auréole grisâtre, d'où l'épiderme se détache avec facilité , et qui annonce que le calorique concentré a porté son action et mortifié les tissus vivants à quelques millimètres du point touché par le caustique. Quant au racornissement de l'eschare, qui ne sait que ce phénomène est purement physique et entièrement passager, puisque la plaie, que laisse après elle la chute de l'eschare, a un diamètre beaucoup plus grand que n'avait l'eschare elle-même ?

Je dois ajouter encore que l'on s'est, de tout temps, efforcé de trouver contre les ulcérations, et surtout contre le cancer du col de l'utérus, un caustique qui présentât quelque vertu spécifique. De nos jours , des praticiens , faute de mieux , en ont fait revivre d'anciens; d'autres en ont créé de nouveaux, et tous ont cru ou voulu reconnaître dans l'action de celui qu'ils employaient le moyen par excellence de guérir le cancer. Ils se sont empressés, avant même que l'expérience n'eût prononcé par des faits recueillis avec soin et dégagés de tout sentiment d'intérêt ou de prévention , d'avancer que certains caustiques avaient quelque chose de spécial contre le cancer ; que , portés par l'absorption dans l'économie, ils y détruisaient le principe diathétique, et qu'enfin, par leur action chimique locale, ils agissaient plus spécialement sur les parties dégérénées qu'ils suivaient et allaient atteindre de préférence au milieu des tissus encore à l'état normal.

Si le raisonnement qui précède n'était pas la conséquence d'une pure hypothèse , que faudrait-il penser de l'action du fer rouge , qui , sans avoir les mêmes propriétés que les caustiques, ni de vertu élective pour tel ou tel tissu, produit, lui aussi, dit-on, des succès encore plus prompts et plus nombreux ?

On ajoute , d'autre part , que les succès obtenus par certains caustiques tiennent à la faible réaction qu'ils produisent. Mais n'accorde-t-on pas les mêmes avantages au fer rouge, précisément parce qu'il produit un effet contraire, c'est-à-dire parce qu'il réveille la vitalité de l'organe malade et suscite une inflammation locale ?

Les caustiques n'ont pas de vertu élective. Le temps, l'expérience et le raisonnement ont dû faire justice d'une pareille croyance. La cautérisation ne possède donc rien de spécifiqne contre le cancer ; son effet est tout à fait local ; pas plus que l'opération , elle n'agit d'une manière générale et ne parvient à atteindre ou à détruire le principe diathétique. Il ne serait donc

pas exact de dire que tel caustique guérit mieux le cancer que tel autre ; autant vaudrait soutenir que tel bistouri, d'or ou d'argent, a une propriété curative meilleure que celui que l'on fait en acier. Reconnaissons seulement que tous les caustiques n'ont pas le même degré de force, le même mode d'action, et que, pour ces raisons, ils doivent, dans des conditions maladives données, remplir d'une manière inégale, c'est-à-dire avec plus ou moins d'avantage, les indications opératoires.

La place que doivent occuper les caustiques dans la série des ressources dont le médecin dispose contre certaines affections du col de l'utérus, est toujours la dernière. Ces agents thérapeutiques, comme le fer et le feu, appartiennent à la classe des moyens extrêmes que doit seulement nous imposer la nécessité. Aussi, ne faudrait-il jamais y avoir recours qu'après avoir constaté l'insuffisance de toute autre médication. Du reste, je dois dire qu'il faut bien se garder de donner à la cautérisation une portée qu'elle ne doit pas avoir. L'on serait, en effet, dans une grande erreur, si l'on pensait que les caustiques doivent toujours faire de larges et profondes cautérisations. Dans une foule de cas où l'atonie est le principe dominant, l'on n'emploie ces agents que comme topiques astringents, ou pour agir légèrement sur les tissus malades et changer la vitalité des surfaces ulcérées.

Je me bornerai, dans le travail que je publie aujourd'hui, à traiter de la cautérisation du col de la matrice ; dans un prochain article, je m'occuperai de la pathologie de cet organe.

ARTICLE II. *De la nécessité d'apporter la plus grande précision dans la cautérisation du col de l'utérus ; — de l'insuffisance des caustiques employés jusqu'ici ;—des avantages du caustique solidifié de potasse et de chaux.*

De toutes les maladies qui doivent être combattues par la cautérisation, il en existe peu qui demandent autant de précision que les altérations du col de l'utérus, dans l'emploi du moyen qui doit les détruire. En effet, la plus légère négligence dans l'application des caustiques, au fond d'un conduit étroit et sur une partie qu'il n'est pas toujours facile d'isoler et de placer exactement au centre du spéculum, pourrait être suivie d'accidents fâcheux. Le moindre inconvénient qui pût en résulter serait de produire inutilement des eschares trop larges ; mais elle pourrait avoir aussi pour effet très-grave la cautérisation de quelque point du vagin, et même la perforation de ce conduit ; d'où résulteraient des fistules recto ou vésico-vaginales. Il était donc indispensable de trouver un caustique commode dans son emploi,

d'une activité assez grande pour pouvoir en suivre de l'œil les effets, et dont l'action pût être limitée à volonté.

Je crois avoir démontré dans un autre travail que les caustiques employés jusqu'ici étaient loin de réunir toutes ces conditions. En effet, ceux qui sont liquides, tel que le nitrate acide de mercure, ou en pâte molle comme le caustique de Vienne, ne peuvent être portés sur la partie malade qu'à l'aide d'un pinceau ou d'un petit tube en verre ou en métal; inconvénient majeur, en ce que ces instruments ne *retiennent* pas assez exactement le caustique pour l'empêcher de couler sur des parties saines et d'y produire des eschares souvent très-graves, comme cela a eu lieu quelquefois sur la cloison recto-vaginale.

Le nitrate acide de mercure est le caustique qu'on a le plus préconisé contre les ulcérations et les dégénérescences du col de l'utérus. Présenté comme le moyen par excellence pour combattre ces altérations, il est entré dans la pratique entouré d'un certain prestige de spécificité. Aussi y a-t-il peu de médecins qui n'y aient eu recours ; mais son emploi n'a eu que des succès très-restreints, ce qui a fait dire à M. le professeur Cayol que ce caustique, sur lequel on avait d'abord fondé de si grandes espérances, n'avait nullement répondu à l'opinion qu'on s'en était faite. Le nitrate acide de mercure, en effet, en ne faisant que des cautérisations trop superficielles, en bornant son action à la surface de la plaie, ne pouvait que rarement atteindre les limites de tissus profondément altérés. Il n'est donc pas étonnant que son usage n'ait eu souvent que de mauvais résultats, puisqu'il ne faisait qu'irriter sans cesse des parties dégénérées, sans jamais parvenir à les détruire entièrement. Toutefois, ce caustique a été suivi de bons effets, soit dans certaines ulcérations superficielles, soit comme astringent dans certaines inflammations chroniques, et enfin pour agir sur certains états atoniques du col de l'utérus.

Les caustiques pulvérulents et solides ou manquent de force, comme la poudre d'alun et la pierre infernale, ou agissent avec trop de lenteur, comme la pâte de chlorure de zinc. La poudre d'alun a été quelquefois employée avec succès pour affaisser des fongosités très-molles ou des bourgeons celluleux trop développés. Pour s'en servir, on l'insuffle sur le col de l'utérus, préalablement découvert au moyen du spéculum ; mieux vaut en imprégner un plumasseau de charpie ou de coton, et la porter ainsi sur la partie malade. Les plumasseaux seraient maintenus en place au moyen d'une éponge ; et pour ne pas déranger ce petit pansement, il serait nécessaire de le retenir au fond du vagin avec une longue pince à polypes, pendant qu'on retirerait le spéculum.—La poudre

d'alun est trop incommode dans son emploi, pour qu'on y ait souvent recours; et comme son action ne possède aucune vertu particulière, elle sera toujours avantageusement remplacée par la pierre infernale.

Je me sers presque exclusivement de ce dernier caustique pour réprimer les bourgeons celluleux trop développés, pour cautériser quelques végétations muqueuses, ou pour réveiller, dans certaines altérations atoniques ou œdémateuses du col de l'utérus, l'action vitale des tissus trop affaiblie. Je préfère la solution concentrée de nitrate d'argent pour agir comme astringent dans quelques inflammations chroniques avec ou sans œdème de la membrane muqueuse.

Il est encore des caustiques solides dont l'emploi peut être dangereux à cause de leur déliquescence, comme la potasse et surtout le beurre d'antimoine solide. Depuis longtemps, frappé de l'insuffisance des caustiques journellement employés pour combattre certaines altérations profondes du col de l'utérus, M. Amussat, comme Dupuytren, avait fait faire des cylindres de potasse caustique de différentes grosseurs et de cinq à six centimètres de longueur, qu'il portait sur le col de la matrice. Ce caustique eût parfaitement rempli le but désiré, si la potasse, en se liquéfiant et en fusant derrière le spéculum, n'avait plus d'une fois produit sur la paroi postérieure du vagin des eschares assez profondes pour faire craindre d'avoir perforé ce conduit. Il n'est pas de médecin qui n'ait éprouvé de vives inquiétudes en portant des caustiques liquides, mous ou déliquescents dans des régions profondément placées. Il est vrai que l'habitude et de grandes précautions peuvent mettre le plus souvent à l'abri de tout danger, dans les cas les plus simples : mais elles deviennent souvent insuffisantes, quand il s'agit de faire des cautérisations larges et profondes.

Le caustique avec l'acide sulfurique concentré, auquel on peut donner la consistance que l'on veut, en y ajoutant une plus ou moins grande quantité de safran, est très-incommode dans son emploi et ne présente pas toujours le degré de force dont on aurait besoin.

Le cautère actuel, lui-même, en outre de la frayeur qu'il inspire aux malades et de la juste répugnance que tout médecin doit naturellement éprouver à s'en servir, est, dans certaines altérations, toujours impuissant, parfois difficile à manier sur des tissus profondément placés, et pour le moins inutile dans les cas ordinaires. Son usage, ensuite, est loin d'être à l'abri des accidents; il en produit au contraire de très-graves, car on l'a vu

suivi, dans des cas maladifs même très-simples, d'hémorrhagie abondante et d'accidents inflammatoires mortels. Cependant, quelques praticiens cherchent encore tous les jours à populariser cette opération. Une telle préférence n'est cependant fondée sur aucune vertu particulière et exclusive. En comparant l'action du fer rouge à celle du caustique solidifié de potasse et de chaux, on trouve qu'il est loin de réaliser des avantages égaux. En effet, l'action des cylindres caustiques sur les surfaces ulcérées est aussi instantanée que celle du cautère actuel ; ils font une eschare pour le moins aussi limitée, et ils parviennent plus facilement à une certaine profondeur, puisque, au lieu de plusieurs boutons de feu que nécessite une forte cautérisation, il suffit, et au besoin il est toujours plus simple, de prolonger l'application du caustique pour atteindre le même résultat. Ensuite l'action du fer rouge détermine toujours dans l'organe malade une commotion plus ou moins nuisible et souvent une vive réaction inflammatoire, accidents que l'on n'a jamais à redouter de la part du caustique solidifié. Enfin, que l'on compare la simplicité d'application de ce dernier caustique avec ces préparatifs, ces précautions et le nombre d'aides nécessaires pour faire usage des boutons de feu, et l'on retrouvera, en définitive, que le caustique solidifié a tous les avantages du fer rouge, sans en avoir les inconvénients.

L'on objectera peut-être que le cautère actuel possède une spécificité particulière, ou qu'il occasionne moins de douleur ; mais alors on serait en droit de demander pourquoi l'on ne s'en sert pas pour les cautérisations, que nécessitent certaines altérations des seins ou d'autres parties du corps ; pourquoi enfin, à part quelques rares exceptions, l'on ne l'emploie plus ni dans les hôpitaux, ni en ville, pas même pour faire un cautère. — Il produit, dit-on, de nombreuses guérisons. Et quel est le caustique qui n'ait pas eu le même succès? Il ne s'agit ici que de savoir si le cautère actuel guérit mieux que les caustiques. La réponse sera facile : les premiers médecins qui l'ont employé, et qui certes doivent être des juges très-compétents sur un pareil sujet, en ont reconnu et proclamé l'inutilité, l'insuffisance et les inconvénients. M. Récamier et M. Amussat l'ont depuis longtemps abandonné. « Il est moins sûr, dit M. le professeur Cayol, et plus douloureux que la plupart des caustiques généralement usités, quoi « qu'en aient dit quelques auteurs modernes qui ont cherché à « remettre en faveur cet ancien procédé. » M. Marjolin partage la même opinion que M. Cayol. » La cautérisation avec le « fer rouge, dit ce savant professeur, détruirait moins sûrement

« que le caustique de Vienne solidifié toute la profondeur du mal, « et il faut encore noter que l'action de la chaleur, s'étendant « au-delà de la partie escharifiée, peut provoquer une vive in- « flammation. » Il est inutile, je pense, de chercher d'autres autorités pour démontrer de plus en plus l'erreur dans laquelle sont tombés quelques médecins, en accordant encore au cautère actuel une préférence qu'il ne mérite pas. Je pense donc que le fer rouge ne peut être que rarement utile dans le traitement des affections du col de l'utérus.

Le caustique solidifié de potasse et de chaux est celui qui possède les avantages les plus nombreux pour pratiquer avec fruit et sécurité la cautérisation du col de l'utérus. En effet, il doit à sa nature solide de pouvoir être manié avec facilité ; l'on peut, sans altérer sa solidité, lui donner toutes les formes que peut comporter l'état irrégulier des parties malades ; on ne découvre de sa surface que la portion jugée indispensable pour faire la cautérisation que l'on désire obtenir ; il n'est pas déliquescent, il n'éprouve au contact de l'air ou des tissus vivants qu'un simple ramollissement ; il est comparativement moins douloureux que les autres caustiques ; son action est prompte, énergique et toujours bornée au point où on l'applique ; son usage est simple, et comme la pierre infernale, on peut, en le plaçant dans un étui exactement bouché, le porter sans danger dans une trousse.

Je suis heureux de pouvoir citer, à l'appui de mon opinion, le passage suivant que j'ai extrait d'une brochure publiée en 1843 par M. le docteur André Brulet, de Dijon, et que M. Germer Baillière, libraire, a eu la bonté de me procurer. « J'ai toujours « compris dans ma proscription absolue, et la potasse, et le ni- « trate d'argent, et le chlorure d'antimoine, et enfin tous les « caustiques dont l'action ne peut être limitée d'une manière « exacte, je dirai même mathématique.

« Je puis certifier avoir bien des fois poursuivi une ulcération « tout autour du col, avec le proto-nitrate de mercure, sans pou- « voir la guérir ; aussi, aurais-je renoncé à m'occuper de ces mal- « heureuses affections, si je n'avais trouvé dans l'action du « cautère actuel un moyen qui doit réussir, quand il est conve- « nablement dirigé.

« Mais voici venir, en 1842, M. Filhos, qui a imaginé une « combinaison analogue à la poudre de Vienne, il la nomme « caustique de Vienne solidifié. Je ne dirai pas les éloges que la « presse médicale lui a donnés ; j'atteste seulement, que l'ayant « employée une seule fois, j'ai obtenu un résultat aussi complet « que ceux que j'ai cités ; l'action de ce caustique est instan-

« tanée ; on la dirige plus facilement peut-être que celle du « cautère actuel, en ce qu'il n'y a ni la vapeur, ni la fumée « (l'auteur aurait pu ajouter : ni l'odeur de chair brûlée), consé- « quences de ce dernier ; et je déclare, qu'à l'avenir, le caustique « de Vienne solidifié sera pour moi la règle, et que je ne me dé- « ciderai à l'emploi du fer rouge que dans certains cas, heureu- « sement fort rares. »

Enfin, pour établir de plus en plus l'utilité que peut avoir en chirurgie le caustique que j'ai solidifié, non-seulement pour le traitement des affections qui surviennent sur le col de l'utérus, mais encore pour celui d'un grand nombre d'autres organes, que l'on me permette de joindre encore ici, par une courte digression, quelques nouvelles citations à celles que j'ai déjà faites.

On trouve dans l'*Annuaire de thérapeutique,* publié par M. Bouchardat, en 1846, que M. le docteur Sandras, médecin des hôpitaux de Paris, qui s'est beaucoup occupé des affections scrofuleuses, « pratique, en outre de la médication générale qu'il fait « subir à ses malades, sur les plaies fistuleuses, sur les ganglions « à moitié suppurés, sur les bourgeons mollasses, de fréquentes « cautérisations au moyen du caustique solidifié par M. Filhos. « Ce caustique commode, très-actif et peu douloureux, modifie « singulièrement toutes ces plaies, et ce médecin le considère « comme un des meilleurs agents à employer dans le traitement. « Il croit devoir lui attribuer une grande partie des guérisons « qu'il a obtenues. L'usage en est journalier dans son service, et « l'expérience lui a prouvé, dit-il, que rien n'est comparable à « ce caustique pour modifier en bien des plaies interminables. »

M. Amussat vient de publier, sur la destruction des hémorrhoïdes internes, un travail très-intéressant, dans lequel il démontre que « la cautérisation circulaire du pédicule de ces petites « tumeurs avec le caustique solidifié de potasse et de chaux, « possède tous les avantages des anciens procédés sans en avoir « les inconvénients. »

Mon ami, le docteur Grisolle, accourut, il y a deux ans, en toute hâte chez moi pour me prier de lui prêter un de mes caustiques, dont il voulait se servir pour cautériser une plaie faite par la morsure d'un chien enragé.

M. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, craignant d'employer la pâte de Vienne ou le fer rouge pour détruire, chez un tout petit enfant, un nævus empiétant sur le rebord de la paupière supérieure, me demanda un cylindre caustique d'une ligne, avec lequel il détruisit très-exactement toute la partie malade.

M. Amussat a aussi eu recours avec succès aux cylindres caus-

tiques pour combattre deux tumeurs érectiles, placées l'une sur l'épaule gauche d'un enfant de trois ans, et l'autre dans l'épaisseur de la joue d'une jeune demoiselle.

M. Cayol et M. Amussat ont enlevé avec la plus grande facilité, avec le caustique solidifié de potasse et de chaux, de petites loupes placées dans l'épaisseur du cuir chevelu. J'en ai aussi détruit un très-grand nombre par l'emploi de ce moyen.

M. L. Boyer a détruit avec succès, au moyen de ce caustique, chez une dame âgée, une petite tumeur cancéreuse placée à l'angle interne de l'œil gauche.

M. Amussat et moi, nous nous sommes aussi servis avec avantage de ce caustique contre les ulcérations qui surviennent sur la face et que l'on connaît sous le nom de *noli me tangere*.

Enfin, beaucoup de médecins trouvent tous les jours à faire d'heureuses applications du cylindre caustique, pour l'ouverture des abcès qui se forment dans le foie, pour la cure des varices, contre la pustule maligne, pour ouvrir des abcès froids, pour détruire des lambeaux de peau décollée, et dans une foule d'autres états pathologiques.

Le cylindre caustique est le moyen le plus simple et le plus commode pour établir un cautère. Après en avoir découvert une extrémité et l'avoir débarrassée, en la râclant avec un canif ou un couteau, d'une légère croûte de carbonate de chaux qui se forme quelquefois à sa surface par le contact de l'air, on le trempe, non dans du vinaigre, comme l'ont fait sans réflexion quelques médecins, mais bien dans un peu d'eau de Cologne, d'eau-de-vie ou d'alcool ; après quoi, on l'applique sur la peau pendant une minute. Le cylindre est ensuite enlevé, en lui imprimant un léger mouvement de rotation et de frottement, de manière à laisser sur le lieu où il a été placé une très-faible partie de caustique. Après une minute d'attente, on trempe de nouveau le caustique, préalablement essuyé avec un petit linge, dans un peu d'eau de Cologne, et on le replace très-exactement sur le point où il avait été mis d'abord. Au bout d'une minute, on le retire avec la précaution déjà indiquée. Il suffit assez ordinairement de cette seconde application pour mortifier le derme lorsque la peau est mince, qu'elle a très-peu d'épaisseur. Toutefois, si l'eschare, très-facile à reconnaître à sa couleur brunâtre, n'était pas encore formée, soit parce que le caustique aurait été mal préparé, soit parce que le tissu de la peau serait trop dur, il faudrait revenir une troisième, une quatrième fois même à l'emploi du cylindre, en suivant toujours le procédé que j'ai fait connaître. L'on ne craint pas, en se servant de ce caustique, de

le voir fuser comme la potasse, d'obtenir des eschares allongées, irrégulières, trop larges ou trop petites : ici, pas de pansement, pas de contrainte de la part du malade de peur de déranger l'appareil, pas de précautions à prendre; l'œil dirige tout, et trois ou quatre minutes suffisent pour cette opération, à laquelle les malades, distraits par la conversation, donnent souvent fort peu d'attention.

Article III. *Confection du caustique solidifié de potasse et de chaux; préparation de M. Boudet, professeur agrégé à l'école de pharmacie ; conservation des cylindres caustiques.*

La manière de préparer les cylindres caustiques consiste à couler dans des tubes en plomb le mélange fondu de *deux parties de potasse* et d'*une partie de chaux*.

Les premiers caustiques dont je me suis servi étaient cylindriques. Pour les préserver du contact de l'air, je les avais fait entourer d'une feuille mince de plomb; mais, ce moyen s'étant montré insuffisant, j'eus recours au procédé employé par M. le professeur Duméril à l'égard de la pierre infernale, et je les recouvris d'une couche très-mince de cire à cacheter. Mais ce procédé eut encore deux inconvénients majeurs : la cire à cacheter, placée sur un composé d'une très-grande affinité pour l'eau, ne tardait pas à s'écailler, et de plus, les caustiques, en frappant quelque corps dur ou en tombant, se cassaient comme du verre. J'eus alors l'idée de couler le mélange fondu de potasse et de chaux dans des tubes ou moules en plomb. Les propriétés de ce métal me semblaient, en effet, devoir le rendre très-propre à l'objet auquel je voulais le destiner : solide, il est encore assez mou pour être facilement coupé avec un canif ou un couteau; je retrouvais surtout dans sa flexibilité et sa grande malléabilité cet avantage précieux de pouvoir, à volonté, donner aux moules dont j'aurais besoin les formes désirables pour pouvoir employer le caustique avec toute la précision et la sécurité possibles (1).

(1) Je me suis encore servi de tubes en plomb de différents diamètres pour y couler du nitrate d'argent fondu; j'ai rendu ainsi plus faciles et plus sûrs la conservation et l'emploi de la pierre infernale, qu'on peut porter sans aucun danger à une assez grande distance dans la gorge et dans les autres cavités. Ce perfectionnement est préférable à celui qu'emploie M. le professeur Duméril, qui consiste à recouvrir ce caustique avec de la laque ou cire à cacheter, matière très-cassante. C'est aussi avec de petites gouttières en plomb d'un, deux, trois ou quatre millimètres de diamètre, remplies de caustique légèrement ramolli, que l'on peut faire, autour de la base de certaines tumeurs pédiculées, des cautérisations circulaires exactement limitées. Enfin j'ai fait avec des lames de plomb, que l'on peut ployer comme on veut et auxquelles il est si facile de faire suivre toutes les inégalités d'une partie altérée, des moules ou porte-caus-

Je me procurai donc des tubes en plomb dont j'amincis les parois, et j'y coulai le mélange de deux parties de potasse et d'une partie de chaux. Le premier tube ayant fondu, pour éviter le retour d'un pareil accident, je plaçai les autres dans de la terre glaise simplement ramollie et privée d'eau à l'état libre, pour éviter son évaporation subite et l'explosion qui en serait la conséquence. Le résultat que je cherchais étant obtenu, rien ne me fut plus facile que de donner aux caustiques la forme qui me parut la plus propre au succès de l'opération que j'avais à pratiquer. Ainsi, j'ai fait faire des cylindres droits et d'autres plus ou moins recourbés, de deux à quinze centimètres de long, et depuis deux jusqu'à seize millimètres et plus de diamètre. Une de leurs extrémités présente une petite patte pour pouvoir les prendre facilement avec des pinces. J'ai donné encore à quelques caustiques la forme tranchante ; d'autres étaient aplatis, convexes, concaves, etc.

Les petits cylindres de deux millimètres de diamètre ne sont pas aussi faciles à faire que les gros. Cela tient à l'étroitesse du calibre des tubes et à ce que le mélange caustique, qui a une certaine consistance, bouche de suite leur ouverture et ne permet pas à l'air, qu'ils contiennent, de sortir. Pour parer à cet inconvénient, il suffit de laisser ouvertes les deux extrémités du tube légèrement chauffé et d'appuyer l'une d'elles sur une table de marbre ou tout autre corps très-froid, afin de déterminer à cette extrémité la prompte coagulation du mélange fondu, et pouvoir ainsi remplir entièrement les tubes métalliques. Enfin, pour couler avec facilité les caustiques, il est nécessaire d'évaser, en forme d'entonnoir, l'une des extrémités du tube de plomb ; l'on agrandit même encore le cône, que forme cet évasement, avec la terre glaise ramollie dont on entoure le cylindre métallique, pour éviter qu'il ne fonde.

M. Boudet, professeur agrégé à l'Ecole de pharmacie, a fait connaître dans le *Journal de pharmacie* du mois d'août 1844, la préparation suivante pour la confection des cylindres caustiques. « On procède, dit-il, à leur préparation de la manière suivante : « dans une cuillère de fer à bec et à manche, on met 80 gr. (1)

tiques de largeur et de forme différentes, destinés à contenir exactement, sur la partie qu'on veut détruire, les caustiques mous ou déliquescents, et à les empêcher de couler sur les parties saines avec le sang, dont l'abord se trouve quelquefois provoqué par l'action de certains caustiques.

(1) Les proportions du caustique solidifié sont de 2 parties de potasse et de 1 partie de chaux ; elles diffèrent ainsi de la poudre de Vienne, en ce que celle-ci contient 5 parties de potasse et 6 parties de chaux. J'ai observé qu'une plus grande quantité de chaux rendait la fusion ignée du mélange plus difficile, donnait au composé nouveau un peu trop de consistance pour être coulé avec

« de potassse caustique à la chaux, et on chauffe vivement jus-
« qu'à ce que la cuillère soit portée à la température rouge
« obscur, et que la potasse soit en fusion parfaitement tran-
« quille ; on ajoute alors, en deux ou trois fois, 40 grammes de
« chaux vive en poudre fine, et on opère le mélange avec une
« tige de fer ; en un instant la chaux se divise parfaitement
« dans la potasse, sans que la fluidité de celle-ci diminue sen-
« siblement ; on verse alors le caustique dans les tubes jusqu'à
« ce qu'ils soient entièrement remplis, et on les laisse refroidir.
« Si, au lieu d'attendre que la potasse soit arrivée à la fusion
« ignée pour y ajouter la chaux, on l'ajoute de prime abord, l'o-
« pération est singulièrement gênée par la présence de cette
« poudre qui rend l'ébullition de la matière tumultueuse, la fait
« monter par-dessus la cuillère et retarde le moment où le mé-
« lange devient assez liquide pour être coulé sans difficulté.

« Dès que les tubes sont refroidis, on régularise leur extré-
« mité superieure, et on râpe toute leur surface, afin de dimi-
« nuer, autant que possible, l'épaisseur de leurs parois (1) en
« évitant bien de les percer, car s'ils présentaient la plus légère
« solution de continuité, ils seraient tout à fait perdus. La
« soudure des plombiers elle-même ne saurait servir à les réparer
« d'une manière durable ».

Je dois rappeler ici la nécessité de placer promptement les caustiques à l'abri du contact de l'air. Pour cela, je les renferme dans des tubes de verre bien bouchés, ou mieux dans des porte-caustiques en argent ou en maillechort que j'ai fait fabriquer par M. Charrière. Ces étuis doivent, avant de servir, avoir été chauffés et exactement privés d'humidité. Ainsi placés à l'abri du contact de l'air, les caustiques n'éprouvent du temps aucune altération. J'en ai depuis deux ans, qui conservent toute leur force.

Article IV. *Différence d'action du caustique solidifié suivant la dureté ou la mollesse des tissus vivants.*

J'ai démontré dans un précédent article la puissance d'action du caustique dont je viens de faire connaître la préparation ; j'avais oublié d'ajouter qu'elle présente des différences notables suivant la nature des tissus vivants. Comme tous les caustiques, quelle que soit du reste leur nature, celui que j'ai solidifié dé-

facilité dans des tubes en plomb, et avait, comme résultat pratique, le grave inconvénient de diminuer la promptitude d'action des caustiques ; j'ai aussi reconnu qu'une moins grande proportion de chaux vive laissait au mélange solidifié une partie de sa déliquescence.

(1) M. Boudet vient de faire des tubes dont les parois seront assez minces pour n'avoir pas besoin de les râcler ou râper.

truit avec beaucoup plus de facilité les tissus mous, spongieux, que ceux qui sont fibreux ou squirrheux. Le temps nécessaire pour produire une eschare dépendra donc entièrement de la dureté des parties sur lesquelles on agira. Tant que les conditions organiques de ces parties resteront les mêmes, le caustique solidifié y fera toujours dans le même espace de temps, une eschare semblable en largeur et en profondeur. Trois à quatre minutes suffisent pour détruire le derme; quelques secondes sont à peine nécessaires pour mortifier des bourgeons cancéreux qui s'élèvent de la surface d'une ulcération. Il m'a fallu plusieurs minutes pour détruire, sous la peau, des tubercules squirrheux, dont le plus gros avait le volume d'une petite noisette. Ainsi, la durée de l'application du caustique doit être subordonnée à la dureté et à la profondeur calculée de la partie altérée. Quant à l'eschare, son étendue n'est pas la même dans tous les sens, elle s'étend beaucoup plus en profondeur qu'en largeur, et le diamètre de sa surface a le plus souvent cinq millimètres de plus que celui du caustique, à moins que la cautérisation n'ait été faite avec beaucoup de soin; car alors sa largeur est bien moindre.

ARTICLE V. *Objets nécessaires à la cautérisation; procédé opératoire; soins consécutifs; inflammation éliminatoire de l'eschare.*

Avant de pratiquer la cautérisation, le médecin se sera procuré tous les objets nécessaires : un spéculum convenable, de l'huile ou du cérat, des pinces dont la longueur devra nécessairement dépasser celle du spéculum, et de longues pinces droites de préférence à celles qui sont coudées, parce qu'elles offrent plus de solidité, des bouts de bande en linge fin et usé de trente à quarante centimètres de longueur, des bougies allumées si le jour n'éclaire pas bien, ainsi que le réflecteur de M. Récamier, qu'on remplacera, au besoin, par une cuillère d'argent un peu large. Enfin, on aura dû choisir le caustique dont la forme et la grandeur paraissent le mieux convenir au but qu'on se propose, et l'on en aura découvert seulement la partie jugée indispensable pour cautériser tout le tissu altéré. Pour cela, il suffit d'enlever avec un couteau ou un canif la lame de plomb qui recouvre l'une des extrémités du cylindre métallique. Si déjà le caustique avait servi, ou que la portion mise à nu se fût recouverte d'une croûte de sous-carbonate de chaux, il serait nécessaire de l'enlever avec un couteau ou un grattoir. Il est rarement utile, quand on agit sur le col de l'utérus, de tremper la portion découverte du caustique dans un peu d'alcool, d'eau-de-vie ou

d'eau de Cologne avant de l'appliquer sur le point qui doit être détruit.

Pour pratiquer la cautérisation, je place la malade sur le bord d'un fauteuil, ou en travers sur le bord d'un lit élevé, les pieds appuyés sur des chaises, et le dos assez relevé pour que le vagin soit dans une position oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Cette position permet aux liquides, qui pourraient s'échapper du col de l'utérus, de se porter directement dans le spéculum, au lieu de filtrer entre cet instrument et la paroi inférieure du vagin ; ce qui s'obtient avec d'autant plus de facilité, que la valve inférieure du spéculum étant sans arrêt, on peut la faire glisser au-devant des autres, et la pousser au-dessous et contre le rebord inférieur du col de l'utérus, de manière à l'y appliquer exactement. Le spéculum à trois valves de M. Amussat est celui que je préfère pour cette opération. Après l'avoir enduit de cérat, d'huile, ou l'avoir plongé dans une décoction de graine de lin, je l'introduis avec soin dans le vagin, de manière à placer l'ulcération du col de la matrice exactement au centre de son ouverture antérieure. On essuie ensuite avec une petite compresse longuette usée, portée avec des pinces, la surface ulcérée, si elle se trouve recouverte de mucosités, de sang ou de matière purulente. Enfin, le chirurgien applique le cylindre caustique avec des pinces droites, le dos de la main tourné en bas pour mieux voir au fond du spéculum. La durée nécessaire du temps d'application de ce cylindre aura été calculée à l'avance et devra dépendre de l'épaisseur de la partie que l'on aura à détruire. Comme le diamètre de l'eschare est toujours de quatre à cinq millimètres plus large que celui du caustique, il sera nécessaire, lorsqu'il faudra respecter les bords de la plaie, de se servir d'un cylindre, assez petit pour qu'il ne puisse pas étendre son action jusqu'à eux. Mais dans les cas, au contraire, où les bords de l'ulcération doivent être cautérisés, on prendra un cylindre plus gros ; et si même cette ulcération était profonde, pour mieux l'atteindre dans toute sa surface, on devrait découvrir, dans une petite étendue, le rebord du caustique. Il est bien entendu que le cylindre caustique sera toujours placé au centre de l'ulcération ; ainsi, que celle-ci occupe l'une des lèvres, c'est sur ce point que la cautérisation sera faite ; elle serait, au contraire, pratiquée au milieu du col utérin, si le museau de tanche était le siége de l'ulcération.

L'action du mélange solidifié de potasse et de chaux sur le col de l'utérus n'est point accompagnée de douleur ; lorsqu'il en survient, ce qui est bien rare, c'est presque toujours d'une ma-

nière très-faible et passagère. L'eschare que l'on produit est ordinairement un peu enfoncée, et sa couleur est violacée ou d'un brun noirâtre.

La cautérisation achevée, le chirurgien s'empresse d'essuyer l'eschare avec un petit morceau de linge fin; puis il fait, quand il le juge convenable, ce qui, du reste, est rarement utile, une ou deux injections avec de l'eau tiède ou froide.

Après l'injection, l'on introduit au fond du vagin, dans le but d'isoler le point cautérisé des parties voisines, soit un petit morceau de bande, dont l'extrémité inférieure sorte un peu entre les grandes lèvres pour pouvoir être retirée facilement, soit un tampon de charpie attachée par un long fil, qu'on laisse à demeure plusieurs heures et même jusqu'au lendemain, afin de n'avoir plus rien à redouter de l'action caustique de l'eschare sur les parties voisines. En retirant le spéculum, on doit avoir grand soin de retenir exactement sur le col de l'utérus, au moyen de longues pinces à pansement, le petit morceau de linge ou tampon qu'on vient d'y appliquer. Sans cette précaution, il suivrait le mouvement de l'instrument, se déplacerait et ne remplirait plus le but qu'on devrait en attendre. La malade rentre ensuite dans son lit.

Les ulcérations, qui se manifestent dans la cavité du col de l'utérus, sont quelquefois très-difficiles à atteindre; mais on y parvient facilement en se servant de petits cylindres d'un à cinq millimètres de diamètre.

M. Amussat, dans deux cas de pertes utérines rebelles, s'est servi avec succès du caustique de potasse et de chaux, contenu dans des *porte-caustiques* faits exprès, pour cautériser la cavité de la matrice. (Voy. *Gaz. des Hôpitaux* du 3 septembre 1846, n° 101.)

L'opération que je viens de décrire est, dans les cas ordinaires, tellement simple, que la plupart des personnes qui ont été cautérisées ne prennent pas même la précaution de se coucher, et que, venues en consultation chez leur médecin, elles s'en retournent chez elles et vaquent ensuite à leurs occupations.

L'application du caustique sera toujours faite avec beaucoup de douceur; car le moindre frottement de cet instrument sur les parties ulcérées pourrait avoir l'inconvénient de les faire saigner et peut-être de provoquer un peu de douleur. Si, par hasard, pendant la cautérisation, du sang ou d'autres liquides tendaient à s'écouler de la partie que l'on détruit sur les parties voisines, il faudrait bien vite, et autant de fois que cela serait nécessaire, s'empresser d'enlever momentanément le caustique et d'éponger

ces fluides. Lorsque l'abord du sang est peu considérable, le caustique a pour effet de rendre ce fluide très-noir, visqueux, gluant; il est encore nécessaire d'enlever cette espèce de colle sanguine, pour ne gêner en rien l'action du caustique dont on veut prolonger l'emploi.

Il sera toujours prudent de ne pas traiter avec légèreté la cautérisation du col de l'utérus; l'on obtiendra ainsi des guérisons plus promptes, et l'on préviendra avec certitude le développement de tout état inflammatoire qui, par exception, pourrait se manifester. L'on conseillera donc aux malades de garder, autant que possible, le repos au lit ou sur un canapé, de prendre tous les jours deux ou trois injections d'eau de guimauve froide ou presque froide, un ou deux bains de siége à la même température, et tous les deux ou trois jours un grand bain. Une bouillie, faite avec de la farine de riz délayée dans de l'eau et injectée dans le vagin, peut-être encore utilement employée. Enfin, si, par hasard, il survenait quelques douleurs, on les calmerait par quelques petits lavements de 80 gram. d'eau avec addition de 6 gouttes de laudanum de Sydenham. Quant au régime, il sera exactement réglé par médecin.

L'époque de la chute de l'eschare varie beaucoup. Lorsque le caustique n'a servi qu'à détruire quelques bourgeons mous, celluleux, elle a lieu le plus souvent dans les deux, trois ou quatre premiers jours. Mais quand il a atteint des tissus plus résistants, l'élimination de la partie mortifiée est plus longue à se faire; elle peut durer sept à huit jours, et même plus.

L'inflammation nécessaire à la séparation de l'eschare se développe avec lenteur et se présente sous forme d'une auréole rouge accompagnée d'un léger engorgement. Toujours très-circonscrite, je ne l'ai pas encore vue produire de réaction fébrile. La suppuration s'y établit insensiblement et sans effort : *circonstance* si utile pour prévenir les graves inflammations et les phlébites, qui a induit en erreur beaucoup de médecins en leur faisant croire que le caustique possédait quelque vertu spéciale, et de laquelle se trouvent exemptes les opérations par les instruments tranchants. Enfin, l'eschare se détache en laissant une surface ulcérée que l'engorgement des tissus fait d'abord paraître assez large, mais que la chute de l'inflammation ramène promptement à des dimensions beaucoup plus petites. La plaie se couvre ensuite de bourgeons celluleux; et si nul principe morbide ne vient s'y opposer, l'on voit, quelquefois bientôt, et chez certaines malades, seulement plusieurs jours après la chute de

l'eschare, la cicatrice se former et marcher ordinairement avec lenteur de la circonférence vers le centre.

Article VI. *Doit-on répéter souvent la cautérisation ? formation de la cicatrice; conclusions.*

Doit-on répéter souvent la cautérisation ? Cette question mérite un examen d'autant plus sérieux que la guérison ou l'aggravation de la maladie que l'on traite dépend souvent de la manière dont elle a été envisagée.

Cherchons donc quelques données qui puissent rendre claire et rationnelle la marche que doit suivre le médecin dans la cautérisation. Règle générale : l'on doit réduire en eschare, le plus promptement possible, toute l'étendue du point altéré, et le meilleur caustique est celui qui atteint le plus vite ce résultat. L'oubli de cette règle ou l'impossibilité de la suivre amène nécessairement une aggravation dans la partie malade. Le remède, dans ce cas, vient en aide au mal lui-même, et s'il est fâcheux de pousser trop loin l'action des caustiques, il existe peut-être de plus graves inconvénients à faire des cautérisations trop répétées.

Qu'arrive-t-il, en effet, à la suite de cautérisations incomplètes, partielles et souvent renouvelées ? Qu'on ne parvient jamais à dépasser les racines d'une maladie, qui fait toujours des progrès, et dont le développement, au contraire, s'aggrave de toute l'irritation occasionnée continuellement par l'action du caustique. Que faire dans ces cas ? S'efforcer d'arriver le plus vite possible au-delà des limites du mal, et, je le répète, le meilleur caustique serait celui qui agirait avec autant de promptitude que le bistouri. Mais il n'a pas toujours dépendu du médecin de remplir ainsi la véritable indication. La thérapeutique a longtemps manqué pour cela de caustiques assez puissants et assez commodes. Aussi le découragement s'emparait-il quelquefois des praticiens, à la vue de leurs continuels insuccès.

Quelque puissante que soit l'action du caustique solidifié de potasse et de chaux, il arrive souvent qu'une première application ne suffit pas toujours pour atteindre les limites de la maladie. La conduite du médecin est alors toute tracée ; il doit se hâter de revenir à la cautérisation, jusqu'à ce qu'il ait complétement détruit tout le tissu dégénéré ; il n'attendra, pour agir, que la chute de l'eschare. Assez lentes à se détacher à la surface extérieure, où, du reste, on peut les enlever facilement, les eschares faites sur le col de la matrice, continuellement ramollies par des mucosités, tombent ordinairement assez vite pour ne pas compromettre par des retards la médication employée.

Le siége, la nature et l'étendue de la maladie, ainsi que la connaissance de la force du caustique, doivent avoir permis de déterminer à l'avance, autant que faire se peut, le nombre de cautérisations que l'on sera obligé de faire. Ainsi, l'on peut établir *à priori* que les altérations simples de la membrane muqueuse seront toujours facilement détruites par une seule application de caustique. Quant à celles qui existent dans le tissu même du col, avec ou sans ulcération, elles peuvent exiger plusieurs cautérisations; mais lorsqu'on réfléchit que le caustique peut, au besoin, faire, en quelques minutes, des eschares de trois, quatre et cinq lignes de profondeur, et qu'ensuite le col utérin n'a que quinze à dix-huit lignes de longueur, on peut, je crois, conclure en toute assurance qu'à moins d'avoir affaire à un tissu excessivement dur, l'on doit, en une, deux, trois ou quatre cautérisations, avoir atteint toute la partie altérée, eût-elle envahi la presque totalité du col. L'on voit donc combien nous sommes loin ici de ces vingt, quarante, soixante et quatre-vingts cautérisations, qu'exigeait l'emploi des anciens caustiques. Et pour donner au raisonnement qui précède toute la force qu'il doit avoir, je peux ajouter que les résultats pratiques en ont pleinement justifié toute l'exactitude.

Dès que la partie altérée est entièrement détruite, le médecin doit suspendre de suite l'emploi du caustique; il n'a plus désormais à attendre que la cicatrisation, qu'il doit favoriser par tous les moyens connus et dont il suivra la marche avec sollicitude. L'engorgement du col de l'utérus va graduellement en diminuant. La plaie se rétrécit peu à peu; elle devient vermeille; ses bords pâlissent et s'affaissent. Mais s'il arrivait que l'on aperçût quelque point douteux sur sa surface, il faudrait de suite le détruire, non en cautérisant de nouveau toute l'étendue de la plaie, ce qui serait une faute, mais en touchant seulement et exclusivement, avec un petit caustique, le point qui paraît altéré.

L'on observe assez souvent que des bourgeons celluleux recouvrent la surface de la plaie, et se développent outre mesure, de manière à empêcher la formation de la cicatrice. Cette sorte d'hypertrophie du tissu cellulaire est commune à toutes les plaies avec perte de substance, surtout lorsqu'elles restent longtemps en contact avec des topiques émollients. Il faut bien se garder de considérer ces bourgeons celluleux comme de mauvaise nature et partant de les détruire profondément en faisant une nouvelle plaie. Une pareille conduite serait fâcheuse; car ce bourgeonnement, en se reproduisant sans cesse après la chute de chaque eschare, réclamerait sans fin de nouvelles cautérisations. Il est

donc bien important de savoir qu'il ne faut, en pareil cas, que chercher à affaisser les bourgeons trop développés par l'emploi d'un caustique, plutôt astringent que capable de produire une véritable eschare ; je me sers ordinairement à cet effet de la pierre infernale ; dans cette petite opération, il est même encore très-utile d'apporter le plus grand soin à ne pas atteindre les bords de la plaie pour ne pas retarder la guérison.

La formation de la cicatrice demande toujours quelque temps pour avoir lieu ; elle est d'ailleurs subordonnée à la largeur de la plaie, et aussi, ce qu'il ne faut pas oublier, à certaines conditions individuelles et organiques. Du reste, l'on ne peut guère espérer qu'elle ait lieu en sept à huit jours, après une cautérisation un peu forte, du moins si l'on en juge par ce qui se passe dans la cicatrisation des ulcérations placées à l'extérieur du corps. De là, la nécessité bien comprise de ne pas se presser de renouveler sans nécessité, tous les quatre, six ou huit jours, les cautérisations, qui auraient ainsi le grave inconvénient de reproduire continuellement, et d'entretenir une plaie qui ne demande plus qu'un peu de temps pour guérir.

Il n'est jamais facile, après la guérison, à moins que le col de l'utérus ne présente un infundibulum bien marqué, de reconnaître, surtout à la vue, les traces d'une perte de substance produite par l'action des caustiques. En effet, l'aspect de la cicatrice est tel qu'elle semble recouverte d'une véritable membrane muqueuse ; et lorsque le col est entièrement détruit, la pression du spéculum contre le rebord de l'ouverture utérine donne lieu à une espèce de bourrelet ou de museau de tanche qui a pu faire croire à un véritable col de l'utérus ; cependant nous devons dire que, dans ce dernier cas, un toucher bien exercé nous permet ordinairement de reconnaître la perte de substance qu'a subie le col de la matrice.

Si, après la cicatrisation, l'utérus restait encore engorgé, il faudrait sans retard chercher à faire résoudre l'engorgement. La cautérisation a détruit un accident pathologique ; c'est au traitement médical à guérir les malades. Ainsi l'on aurait recours, suivant les indications, soit aux moyens dépuratifs, aux bains de diverse nature, aux purgatifs répétés, aux révulsifs, aux dérivatifs, à l'hydrothérapie même, soit à l'emploi de moyens spéciaux, tels que l'iode, le soufre, le mercure, ou autres.

En résumant ce que nous venons de dire sur la cautérisation du col de l'utérus, nous voyons :

1° Qu'on ne doit se servir de certains caustiques, tels que la pierre infernale, la créosote, le nitrate acide de mercure, etc.,

que pour modifier l'état des tissus malades ou faire de légères cautérisations ;

2° Que le caustique solidifié de potasse et de chaux est le plus actif, le plus commode et le plus sûr de tous ceux qui jusqu'ici ont été employés dans le traitement des affections du col de la matrice ;

3° Qu'il produit tous les degrés de cautérisation dont on peut avoir besoin, et qu'il possède tous les avantages du fer rouge sans en avoir les inconvénients ;

4° Enfin, que ce caustique est celui qui doit être employé de préférence contre les altérations rebelles, profondes et chroniques du col de l'utérus.

Je joins à ce travail quelques observations que j'ai choisies parmi celles que j'ai recueillies avec M. Amussat, et qui toutes démontrent les avantages que l'on peut retirer de l'emploi du caustique solidifié de potasse et de chaux.

(*La suite à un prochain numéro.*)

MALADIES DES ENFANTS. — 12. *Remarques sur l'ulcère gangréneux de la bouche chez les enfants* (*cancrum oris*), *et sur l'efficacité du chlorate de potasse dans le traitement de cette maladie* ; par le docteur HENRY HUNT (1).

(Revue médico-chirurgicale, janvier 1847.)

L'ulcère gangréneux de la bouche (*cancrum oris*) a été considéré comme une maladie aussi bénigne que la gangrène de la joue est grave. Cependant, lorsqu'il a été négligé, il prend une telle ressemblance avec celle-ci, tant sous le rapport de l'aspect que sous celui de l'étendue de ses ravages, que les deux états m'ont paru ne former qu'une seule et même maladie, être liés tous deux à la même disposition morbide de l'économie, et ne différer l'un de l'autre que par le degré de leur gravité.

Pour qu'on ne se méprenne point sur la maladie pour laquelle j'ai trouvé un si puissant moyen, je vais la décrire en quelques mots.

Elle commence par de petits ulcères, soit sur la face interne de la joue, soit sur le point où la muqueuse de la joue s'unit aux gencives, soit, enfin, sur les gencives mêmes qu'ils détachent des dents. Ils sont très-sensibles et douloureux, et accompagnés d'une salivation abondante. L'haleine prend bientôt une odeur repoussante, assez analogue à celle de la salivation mercurielle. Si la maladie est abandonnée à elle-même, l'ulcération marche et détruit les gencives ; les dents s'ébranlent et tombent, les

(1) *Medico-chirurgical Transactions*, 2e série, vol. VIII.

alvéoles sont dénudés. En même temps l'ulcère, brunâtre et irrégulier, s'étend à la face interne de la joue ; les téguments correspondant à l'ulcère deviennent durs, tuméfiés, d'abord blancs, puis consécutivement d'une teinte rouge sombre ; peu à peu une tache noire se développe dans le centre, elle s'étend et entraîne une destruction plus ou moins considérable de la joue. Si l'enfant survit, il est affreusement défiguré, et il n'est pas rare que, en raison de l'inextensibilité de la cicatrice, il soit dans l'impossibilité d'ouvrir la bouche. Mais le plus communément, lorsque les désordres ont été aussi étendus, l'enfant s'affaiblit et meurt.

Dans tous les cas qui se sont présentés à mon observation, il a été de toute évidence pour moi que la mortification des téguments avait été consécutive à l'ulcération des parties internes ; car toutes les fois que mon attention a été éveillée par la dureté, le gonflement et l'état douloureux de la joue, comme si c'eût été là toute la maladie, j'ai constamment découvert, en examinant le dedans de la bouche, l'ulcère brunâtre et irrégulier. C'est le contraire cependant qui aurait lieu, suivant M. James, dans son traité *de l'Inflammation* ; car il dit « que l'ulcération des gencives succède au gonflement et à la dureté de la joue ; » et la description qu'en donne le docteur Marshall Hall, dans l'*Edinburg Medical and Surgical Journal*, s'accorde avec celle de M. James ; il établit en effet « que les enfants sont sujets à une affection particulière de la face qui commence par la douleur, la dureté, le gonflement et une légère rougeur érythémateuse, et se termine par la formation d'une eschare qui s'étend, et d'un ulcère. »

Quelle que soit la différence qu'il puisse y avoir dans le début de ces maladies, elles offrent, lorsqu'elles sont arrivées à une période plus avancée et plus grave, une telle ressemblance qu'il devient difficile, pour ne pas dire impossible, de déterminer de quelle manière chaque cas particulier a débuté.

L'on a remarqué que ces maladies surviennent le plus souvent en hiver, ce qui est d'accord avec ce que j'en ai vu ; mais j'ai observé qu'elles sont plus fréquentes au commencement de la saison froide, particulièrement lorsqu'elle est en même temps humide. C'est là la règle générale ; cependant il n'est pas rare d'en rencontrer des exemples en toute saison, et le seul cas mortel que je rapporte survint en août, pendant le plus beau temps.

Un vieux praticien m'a dit avoir vu le *cancrum oris* attaquer quelquefois simultanément plusieurs enfants d'une même famille ; une fois ou deux dans une pratique de quarante ans, il en avait observé un si grand nombre que cela semblait une sorte d'épidé-

mie. Toutefois, depuis seize ans que j'exerce, je n'ai jamais rien vu de semblable.

L'état général des enfants atteints de ces maladies était extrêmement maladif; il étaient pâles et froids, leurs chairs flasques et molles, et les excrétions n'étaient point naturelles.

Avant de donner le chlorate de potasse, lorsqu'il m'a été possible d'amener l'enfant à prendre un purgatif, j'ai prescrit d'abord de la rhubarbe et du sulfate de potasse avec un grain de calomel ; mais, en général, la douleur et la sensibilité de la bouche étaient si grandes que je ne pouvais y parvenir. J'ai donc donné le chlorate de suite, et j'ai attendu un jour ou deux que la bouche fût devenue moins douloureuse, et c'est alors que j'ai ordonné le purgatif.

La quantité de chlorate, que j'ai l'habitude de prescrire, varie suivant l'âge de l'enfant, depuis 20 jusqu'à 60 grains, donnés en vingt-quatre heures, dissous dans l'eau et en plusieurs doses. Ses bons effets se manifestent souvent dès le lendemain, et presque toujours dès le second jour. L'odeur désagréable de l'haleine diminue bientôt, les ulcères reprennent de meilleurs caractères, l'écoulement de la salive est moins abondant, et s'il n'y a qu'une simple ulcération, elle guérit rapidement ; s'il y a une eschare, elle se sépare promptement, et la surface bourgeonne facilement. Je n'ai jamais vu, dans aucune autre maladie, les bons effets d'un médicament se manifester aussi rapidement que ceux du chlorate de potasse dans ces cas. Il est quelquefois convenable et même nécessaire de répéter de temps en temps le purgatif.

Obs. I. — Hutchins, enfant de 3 ans 1/2, me fut présenté, ayant un ulcère de la bouche; il était pâle et hagard ; les chairs molles et flasques, la surface du corps froide, le pouls petit et faible ; il paraissait souffrir beaucoup de la bouche, la salive s'en écoulait continuellement; l'haleine était repoussante, et tellement semblable à celle de la salivation mercurielle que j'attribuai l'état de la bouche à l'action du calomel.

Malgré quelque difficulté, je pus parvenir à examiner la bouche : les gencives étaient ulcérées, principalement à droite ; et à la face interne de la joue existait un ulcère irrégulier et brunâtre ; à l'extérieur, dans le point correspondant, la joue était dure, douloureuse, gonflée, et offrait une légère teinte enflammée. La langue, autant que je pus la voir, était rouge et gonflée, et les dents s'étaient marquées sur ses bords. Le ventre était volumineux, les évacuations alvines fétides. Les aliments étaient à peine digérés.

L'enfant était pâle et maladif depuis quelque temps, mais l'é-

tat de sa bouche n'avait été remarqué que depuis trois ou quatre jours et avait rapidement empiré.

Je prescrivis la potion suivante :

Pr. Chlorate de potasse.	ʒß	2	grammes.
Sirop simple.	ʒj	4	idem.
Eau.	℥xj	45	idem.

Mêlez. A prendre une cuillerée à café toutes les heures, ou plus souvent s'il est possible.

Le lendemain, l'odeur de l'haleine était moins désagréable, la salivation considérablement diminuée.

Le surlendemain, l'ulcération des gencives était évidemment réprimée, la sensibilité beaucoup moindre, de sorte que l'examen de la bouche put être fait avec beaucoup moins de difficulté. L'ulcère de la joue avait commencé à revêtir un aspect meilleur, et le gonflement extérieur avait diminué.

Le même médicament fut continué, et l'on fit prendre le matin un grain de calomel avec huit grains de rhubarbe et douze de sulfate de potasse. Ce purgatif débarrassa l'intestin des matières fétides, et l'enfant parut mieux sous tous les rapports ; l'aspect brunâtre et irrégulier des ulcères avait fait place à une surface de bonne apparence et qui fut rapidement cicatrisée.

Le traitement fut continué pendant une semaine encore, au bout de laquelle l'enfant était parfaitement guéri.

Ce rapide progrès a été obtenu, sans exception, dans tous les cas auxquels j'ai appliqué ce mode de traitement, lorsqu'il n'y avait pas d'eschare. Quand l'eschare existait, il a fallu plus de temps pour arriver à déterger l'ulcère ; mais toujours encore l'efficacité du chlorate de potasse s'est révélée en arrêtant la maladie.

Obs. II.—William, âgé de 3 ans, fils d'un garde-barrière, habitant au haut d'une colline dans l'air le plus pur, me fut apporté le 5 octobre ; il était pâle et languissant, et son affection datait déjà de quelques semaines ; et depuis plusieurs jours il refusait toute nourriture à cause d'une excessive sensibilité de la bouche. L'une des deux joues était occupée par une ulcération de mauvais caractère, s'étendant aux gencives, lesquelles étaient spongieuses et séparées des dents ; la joue était gonflée, dure et douloureuse, mais sans changement de couleur ; le ventre était plein et tendu, et les selles de très-mauvaise nature.

Je prescrivis une potion contenant :

Chlorate de potasse.	℈ij	2	grammes 50 centigr.
Sirop simple.	ʒij	8	grammes.
Eau.	℥ijß	80	grammes.

A administrer par petites cuillerées, par intervalles, de manière que le tout fût pris en vingt-quatre heures.

Quand je le revis, deux jours après, l'ulcération était arrêtée et en voie de guérison. Je prescrivis un purgatif avec le calomel, la rhubarbe et le sulfate de potasse, et je fis continuer le chlorate : à la fin de la semaine la guérison était complète.

Tous les enfants que j'ai eus à traiter ont guéri, à l'exception du cas suivant ; et ici même, le petit malade vécut assez longtemps pour montrer l'heureuse influence du traitement.

Obs. III. — En août 1836, je fus appelé près d'une petite fille de 5 à 6 ans, qui avait déjà reçu les soins d'un autre praticien. Je trouvai presque toute la joue droite dans un état de mortification, tout à fait noire, et la gangrène marchait rapidement, entourée d'une zone inflammatoire d'un rouge sombre, sans la moindre trace de séparation ; quelques dents étaient tombées, d'autres étaient branlantes, les gencives ayant été rongées par l'ulcération phagédénique ; presque toute la partie interne de la joue ne formait qu'un large et sordide ulcère, exhalant une puanteur horrible ; le pouls était rapide et irrégulier, les extrémités froides. Il y avait huit jours que l'attention de la mère avait été attirée sur l'état de la bouche, par l'extrême sensibilité que l'enfant y accusait, parce qu'elle refusait toute espèce de nourriture, excepté des liquides, et enfin par la salivation. Malgré le traitement employé, l'ulcération avait continué ses ravages, et une tache noire avait été observée quatre jours avant ma visite, au centre de la partie qui avait été préalablement tuméfiée. Bien que jugeant le cas désespéré, je prescrivis la même potion que dans le cas précédent, à prendre deux petites cuillerées toutes les heures ; et pour faire prendre une aussi grande quantité de chlorate que possible, j'en fis dissoudre en outre deux scrupules (2 grammes 50 centigrammes) dans un verre de vin de Porto très-étendu d'eau, avec ordre de l'administrer, en totalité, dans l'espace de douze heures, ou plutôt s'il était possible.

Au bout de ce temps, je crus trouver que la fétidité était diminuée, et que l'enfant avait repris un peu de force ; je prescrivis donc de nouvelles doses du médicament. Le lendemain, l'odeur était certainement moins forte, et il y avait une légère séparation entre l'eschare et les parties vivantes ; cette séparation se prononça tellement dans les vingt-quatre heures qui suivirent, qu'il fut évident que la maladie était arrêtée.

Le lendemain, les bords de l'eschare commençaient à se détacher, et l'ulcération de l'intérieur de la bouche avait pris un bien meilleur aspect ; mais la nuit suivante, l'enfant s'affaissa et mourut.

Je regarde comme certain que si, dans ce cas, le remède avait été donné avant que l'affection eût fait de si grands progrès, l'enfant eût été sauvée, bien qu'avec une déperdition de substance d'une partie de la joue. Le seul topique appliqué fut un cataplasme arrosé avec une solution de chlorure de chaux.

Que l'odeur fétide de ces ulcérations soit enlevée obsolument par l'emploi du chlorate de potasse, cela n'a rien de bien surprenant, attendu que, dans les efforts que l'enfant est obligé de faire pour avaler, les ulcérations sont mises fréquemment en contact avec le remède, qui agit alors naturellement comme topique et enlève l'odeur, ainsi que le font les chlorates appliqués sur des ulcères externes. Mais la rapidité de l'amélioration produite dans tous les symptômes m'a toujours frappé d'étonnement, et il a fallu un bon nombre de cas observés successivement, pour que j'ajoutasse une foi entière à cette puissance du remède; et une expérience de près de vingt années, pendant lesquelles je l'ai toujours administré, et je puis dire avec le succès le plus invariable (pourvu que l'enfant ne fût pas trop épuisé), ne laisse pas chez moi place au moindre doute sur sa valeur spéciale dans cette affection et quelques autres du même genre. J'ai été également confirmé dans cette opinion par l'expérience de deux ou trois de mes confrères, qui l'ont essayé d'après mes conseils. Quelque jour peut-être, je pourrai entretenir la société des résultats que j'en ai obtenus dans ces autres affections dont je viens de parler; j'espère alors être mieux en mesure d'expliquer la manière avec laquelle il agit si promptement et si efficacement.

Depuis que ce Mémoire a été lu, le cas suivant s'est présenté à l'hôpital Saint-George, dans le service de M. César Hawkins, qui a bien voulu me le communiquer.

Obs. IV. — Selina Gingham, âgée de 7 ans, fut admise à l'hôpital Saint-George le 12 mai, pour des ulcérations de la bouche qu'elle portait depuis au moins sept semaines. Elle avait été traitée pendant cinq semaines au dispensaire; mais le traitement n'avait pas empêché les ulcères de s'étendre lentement. Probablement ils existaient déjà depuis quelque temps lorsqu'on les avait découverts, car on avait observé que son haleine était très-fétide.

Elle avait eu la rougeole un an auparavant, mais elle semblait jouir d'ailleurs d'une très-belle santé, et n'avait souffert d'aucune privation.

La surface externe de la joue droite paraissait un peu gonflée et tendue, lorsque l'enfant essayait de contracter les muscles de ce côté; mais il n'y avait point d'inflammation. A l'intérieur, la sur-

face muqueuse tout entière de la joue et des lèvres, vis à vis les gencives des deux mâchoires, était ulcérée et couverte d'un putrilage d'une teinte cendrée claire. L'ulcère s'étendait depuis les incisives centrales jusqu'aux dernières molaires. Les gencives des deux mâchoires étaient molles et spongieuses, d'un rouge foncé, gonflées, un peu détachées des dents, et saignant légèrement quand on les touchait. Les dents elles-mêmes étaient recouvertes d'une matière fétide et de putrilage. Les bords de la langue, dans les points où elle est en contact avec les dents et les gencives, offraient une ulcération superficielle pareille à celle de la joue. Les sécrétions étaient très-fétides; mais les ulcères n'étaient point douloureux.

L'enfant étant entrée après ma visite, je ne la vis que le lendemain 13; les ulcères s'étaient légèrement étendus depuis la veille. Je prescrivis un gargarisme contenant un vingtième de solution de chlorure de chaux; une poudre composée de trois grains *d'hydrarg. cum cretâ* et dix de rhubarbe, et on lui fit prendre un scrupule (13 décigrammes) de chlorate de potasse, trois fois par jour dans de l'eau de piment (*pimento-water*).

Le 15. Les ulcères des joues étaient guéris, à l'exception d'une ligne étroite au niveau de l'intervalle des dents; la langue était entièrement guérie, et les gencives avaient un bien meilleur aspect.

Le 17. Il ne reste qu'un petit ulcère vis à vis la dernière molaire.

Le 19. Les gencives étaient encore disposées à saigner, et un peu gonflées; la langue fort chargée, une petite vésicule s'était formée de nouveau sur la lèvre.

La poudre purgative fut administrée de nouveau et la dose de chlorate de potasse portée à un demi-gros (2 grammes).

Le 22. L'ulcère est parfaitement guéri, et les gencives ont repris leur aspect normal.

Le chlorate fut continué deux ou trois jours encore, et la petite sortit de l'hôpital le 31.

Elle vint me revoir le 5 juillet; elle avait un léger retour de son mal, dans un point peu étendu de la surface primitivement affectée. Je prescrivis derechef le chlorate de potasse, et quand je la revis le 13, elle était entièrement guérie.

L'ulcération dans ce cas, ajoute M. Hawkins, se présentait sous une forme que j'ai souvent guérie par les moyens ordinaires, et qui n'a pas de tendance à une gangrène rapide. Toutefois, il est évident pour moi que l'amélioration très-marquée, qui a eu lieu en deux jours, a été plus forte que je ne l'ai jamais vue avec

d'autres modes de traitement, et je suis porté à espérer beaucoup de l'efficacité du chlorate de potasse dans des cas plus urgents de cette grave et périlleuse affection.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 13. *Observations sur les fistules dentaires ;* par le docteur ROUSSILHE, chirurgien de l'hôpital de Castelnaudary.

(Journal de Médecine de Bordeaux, décembre 1846.)

Les fistules dentaires s'observent fréquemment dans la pratique ; cependant on voit tous les jours que ces maladies sont méconnues, et traitées pour des affections scrofuleuses. L'observation suivante en est la preuve :

Première observation. — Madame la baronne de B***, âgée de trente-six ans, d'une bonne constitution , après avoir souffert de la première dent molaire du côté gauche de la mâchoire inférieure, vit se développer une tumeur au-dessous de cette mâchoire, qui s'abcéda. L'ouverture étant restée fistuleuse , cette dame consulta, dans l'espace de plusieurs années , les praticiens les plus justement célèbres de Montpellier, Lyon et Toulouse. On lui indiqua divers traitements propres à combattre l'affection du système lymphatique. Cette dame, après s'être fatiguée des diverses médications, qui n'avaient eu pour résultat que d'altérer sa santé, après avoir vainement parcouru les divers établissements d'eaux minérales sulfureuses , avait cessé tout traitement, convaincue qu'elle était atteinte d'une maladie incurable. En 1837, son mari étant atteint d'un ongle incarné , je fus consulté par cette dame ; ne trouvant dans sa constitution rien qui indiquât un vice scrofuleux , je portai mon attention sur la bouche ; là , je trouvai la cause de la maladie : vis-à-vis l'ouverture sous-maxillaire , était la première dent molaire qui avait perdu sa couronne ; la racine de cette dent était noire et ébranlée, baignée de pus ; les gencives étaient fongueuses. L'extraction de cette racine me parut seule nécessaire pour guérir la fistule dont était atteinte Madame de B***. J'eus beaucoup de peine à faire comprendre à la mère de cette dame que la maladie était locale, qu'elle n'était liée en aucune manière à un état général, que les humeurs n'étaient pour rien dans cette maladie, et que la fistule sous-maxillaire était due à la carie de la première dent molaire.

Ces dames furent consulter M. Viguerie de Toulouse ; ce sa-

vant praticien partagea mon avis. La dent fut extraite, et en moins de quinze jours la cicatrisation eut lieu.

Deuxième observation. — Mlle M***, âgée de quarante-huit ans, d'un tempérament nerveux, d'une maigreur remarquable, après avoir souffert de la deuxième dent molaire inférieure du côté droit, vit se développer à plusieurs reprises des fluxions; la dent perdit sa couronne. Il y a environ deux ans que cette personne vit se manifester, au bas de la joue droite, une inflammation phlegmoneuse, qui, s'étant abcédée, laissa une ouverture fistuleuse vis à vis le corps du maxillaire inférieur correspondant à la dent malade. Malgré tous les traitements qui furent mis en usage pendant ce laps de temps, on ne put parvenir à obtenir une cicatrice. Mlle M*** me consulta en 1843. L'exploration de la bouche me fit reconnaître des fragments de racine et le rebord alvéolaire nécrosés ; des ouvertures fistuleuses siégeaient aux gencives environnantes. La sonde, introduite par l'ouverture externe, trouvait l'os maxillaire à nu. Je procédai à l'extraction des racines; j'enlevai le rebord alvéolaire avec la gouge et le maillet. Quelques jours après cette opération, la cicatrice ne paraissant pas marcher d'une manière convenable, j'enlevai une nouvelle portion du maxillaire inférieur qui était malade. Alors la cicatrice s'opéra. Mais quelques mois plus tard, la fistule s'étant rouverte, le médecin de cette demoiselle insista pour qu'elle se soumît à un traitement interne. Je pensai, au contraire, qu'il restait encore quelque parcelle d'os nécrosée ; en effet, je trouvai un petit sequestre que j'enlevai avec un davier ; peu de temps après, la plaie s'est fermée, et la guérison ne s'est pas démentie.

Troisième observation. — M. R***, ancien député, me fit appeler auprès de lui pour donner mes soins. Il avait été atteint d'un abcès phlegmoneux à la joue gauche, à la partie latérale du nez, qui laissa à sa suite une ouverture fistuleuse, au fond de laquelle on trouvait l'os maxillaire supérieur à nu. J'appris que M. R*** étant à Paris, la deuxième dent incisive du côté gauche ayant perdu sa couronne, on avait placé une dent à pivot sur sa racine. Attribuant la maladie à la présence de la racine malade, j'engageai le consultant à en faire l'extraction. Cette opération lui répugnait, mais étant convaincu de sa nécessité, il s'y soumit. La guérison ne se fit pas longtemps attendre.

Quatrième observation. — Mlle Marie, âgée de vingt-huit ans, était entrée dans un couvent, à Toulouse. Pendant son noviciat, une tumeur volumineuse se déclara au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure gauche. Après l'ouverture de l'abcès, la plaie resta fistuleuse. Cet état maladif fut cause qu'environ après deux

ans d'existence, la communauté, dont elle désirait faire partie, déclara que sa maladie la rendait impropre à être admise. Obligée de rentrer dans sa famille, Mlle Marie me consulta pour sa maladie, qui consistait alors dans une ulcération fistuleuse, située à trois centimètres au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure du côté gauche. De l'ouverture externe, partait un cordon sous-cutané qui allait se perdre sous l'angle de la mâchoire. Je pensai alors que la cause de la maladie pourrait bien être dans la bouche; l'exploration de cette cavité me fit reconnaître une carie de la dernière dent molaire; je procédai à son extraction, et, peu de temps après, cette demoiselle vint me faire part de sa guérison.

Cinquième observation.—Esquirol (Pierre), âgé de vingt-trois ans, de Saint-Martin-Lalande, se présenta à la consultation gratuite de l'hôpital le 1er mai 1846. — Il était atteint, depuis trois mois, d'une tumeur ulcérée sur le corps de la mâchoire inférieure, vis à vis la troisième dent molaire du côté gauche. Cette tumeur était mollasse; elle présentait à son sommet une petite ouverture d'où s'écoulait du pus séreux. Après avoir agrandi l'ouverture, la tumeur se trouva remplie de chairs fongueuses et saignantes.

Le malade dit n'avoir pas souffert de ses dents; un examen attentif ne fit découvrir aucune dent malade, soit à la percussion, soit en les soumettant à l'action du froid et du chaud. La mâchoire inférieure ne s'écartait que d'un centimètre de la mâchoire supérieure; on pouvait voir que la dernière dent molaire, qui était sortie depuis peu, était entourée de chairs qui la recouvraient et qui paraissaient malades; le tissu cellulaire sous-cutané était engorgé depuis vis à vis la dernière dent jusqu'à la partie moyenne du cou, et, d'avant en arrière, depuis le lobe de l'oreille jusqu'à la tumeur. Après cet examen, nous pensâmes que cet état maladif était dû à l'éruption de la dent de sagesse; nous en fîmes l'extraction. Cette dent était saine.

Le 20 mai, la tumeur a diminué de trois quarts: l'engorgement du tissu cellulaire a disparu; à la place de la dent de sagesse, existent des chairs fongueuses qui suppurent; la plaie extérieure est cautérisée avec le sulfate de cuivre; les chairs fongueuses furent détruites au moyen du cautère actuel.

Le 10 juin, la tumeur est cicatrisée; les mouvements de la mâchoire sont naturels.

J'ai vu quelques sujets qui avaient le cou et la région sous-maxillaire labourés par des ulcérations nombreuses et rebelles aux diverses médications internes qu'on leur avait opposées. Je crois que, si on avait pu décider ces jeunes malades à se débar-

rasser de plusieurs dents cariées, on les aurait débarrassés d'une maladie qui faisait le désespoir de leur famille.

MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 14. *Les hémorrhoïdes traitées par les caustiques.*

(Annales de Thérapeutique de Rognetta, n° 8; 1846.)

Elles guérissent réellement radicalement, dans la généralité des cas; soit qu'elles se trouvent à l'état simple ou à l'état compliqué de prolapsus de la muqueuse rectale. Plusieurs chirurgiens de Paris et de l'étranger s'occupent de ce mode de traitement depuis quelque temps. Les opinions cependant sont très-divergentes à Paris en ce moment sur la médication qui convient le mieux aux hémorrhoïdes. Nous allons résumer dans cet article l'état actuel de la pratique vivante sur cette intéressante question.

Rappelons d'abord que le traitement des hémorrhoïdes, à l'aide des caustiques, date de très-loin. On sait que le célèbre chirurgien de Naples, Séverin, les traitait avec le fer rouge, et cette méthode se rencontre probablement aussi recommandée dans les livres des chirurgiens arabes. Dans des temps postérieurs, cependant, on y a renoncé, car nous trouvons dans Dionis : — « Il y a des auteurs assez cruels, dit-il, pour conseiller d'appliquer, tout autour de l'anus, plusieurs cautères actuels à pointe d'olive rougis au feu, pour cautériser la circonférence de cette partie; ils prétendent, par ce moyen, consumer l'humidité qui en relâche les muscles releveurs, et espèrent que les *cicatrices qui en resteront, reserreront l'anus, l'empêcheront de tomber.* Je n'ai jamais vu pratiquer cette opération, et je crois que si un chirurgien la voulait mettre en usage, il ne trouverait personne qui ne s'y opposât, et avec justice, puisque l'on peut guérir ces maladies, sans se servir du fer ardent qui fait horreur à ceux mêmes qui en entendent parler. » (Dionis, 4e dém., p. 595) Ce passage se rapporte à la vérité, plutôt au prolapsus rectal qu'aux hémorrhoïdes; mais on sait que ces deux affections existent fort souvent ensemble, et il est curieux d'y voir nettement indiqué (dans les phrases que nous avons soulignées) le principe de l'opération de Dupuytren contre le prolapsus, les incisions rayonnantes *préanales.* Puis, on a, tantôt approuvé, tantôt désapprouvé l'usage des caustiques, soit potentiels, soit actuels, contre les hémorrhoïdes. Voici ce qu'on lit dans un travail assez riche en documents historiques sur cette matière : — « Moreau prétend avoir plusieurs fois, avec avantage, porté le cautère cutellaire sur des bourrelets hémorrhoïdaires qui sortaient par l'anus; d'autres ont

employé des caustiques de différente nature : ces derniers sont aujourd'hui généralement abandonnés. Nous en dirons autant de la cautérisation même avec le fer rouge employé seul comme moyen de traitement. En effet, sans parler des douleurs excessives de son application et de la nécessité d'y revenir plusieurs fois pour effectuer l'entière destruction des tumeurs, lorsqu'elles offrent un certain volume, on les voit toujours occasionner des réactions inflammatoires et quelquefois des suppurations longues de mauvaise nature, dont il est facile de prévoir les dangers. » Lepelletier, de la Sarthe, Des hémorrhoïdes, etc., 1834). Cet auteur avait évidemment des idées exagérées sur l'action des caustiques, faute sans doute de les avoir vu employer dans ces cas. C'est ce qu'on pourra relever des faits qu'on trouve consignés dans ce journal et d'autres que nous allons citer. Au temps même où M. Lepelletier publiait son travail, ce mode de traitement n'était pas tout à fait abandonné, car Boyer s'en servait quelquefois, et nous avons communiqué à M. Lepelletier lui-même un fait de ce genre qu'il a dû consigner dans son ouvrage, et que nous avions recueilli dans la pratique de Boyer. Il s'agit d'une masse hémorrhoïdaire énorme, irréductible, que ce chirurgien détruisit à l'aide du beurre d'antimoine et de la ligature en même temps. Néanmoins, il est vrai de dire que Boyer préférait généralement la méthode de l'excision. C'est aussi celle qui avait été adoptée par Dupuytren ; mais ce chirurgien joignait en même temps la cautérisation avec le fer rouge sur les points de l'excision, comme moyen préventif de l'hémorrhagie. Au milieu, cependant, de ces oscillations de la pratique, l'idée de l'excision avec le bistouri l'avait toujours emporté dans l'exercice clinique ; mais les accidents fâcheux qui ont de temps en temps suivi cette méthode, accidents signalés par J.-L. Petit, et renouvelés même entre les mains de Dupuytren, ont, dans ces dernières années, détourné tout à fait les chirurgiens modernes de ce mode de traitement.

La réaction qui vient de s'opérer sur ce point de pratique, a amené des divergences fort grandes. Cependant, tous les praticiens de Paris n'ont pas suivi le mouvement réactionnel. M. Roux, par exemple, et M. Gerdy, sont restés fidèles à la méthode de l'excision. M. Roux compte, sans doute, en cas d'hémorrhagie, sur l'efficacité du tamponnement décrit par Boyer ; mais a-t-on toujours le temps d'appliquer ce secours avec avantage ?— « Petit rapporte qu'un malade avait des hémorrhoïdes que l'on jugeait extérieures, quoiqu'elles n'eussent été que pansées au dehors. A peine furent-elles coupées, que la peau qui les soutenait rentra, il se fit une hémorrhagie intérieure, à laquelle on ne put remé-

dier, et qui fit périr le malade en moins de cinq heures. Le rectum et le colon furent trouvés pleins de sang noir coagulé. » (Sabatier, Méd. op., t. III, p. 236). Nous avons d'ailleurs cité dans ce journal, t. I, p. 229, un fait recueilli par nous dans le service de M. Gerdy, concernant un individu atteint d'hémorrhoïdes, qui avait déjà été opéré, par excision, et qui longtemps après était encore loin d'être guéri, un écoulement journalier intarissable de pus étant resté par le rectum. M. Gerdy, l'ayant en dernier lieu exploré par le toucher, a constaté la présence de trois autres groupes d'hémorrhoïdes au-dessus de celles qu'on avait excisées. Il a fendu largement le rectum de ce malade avec le bistouri, pour attaquer de nouveau les tumeurs hémorrhoïdaires ; opération sérieuse, que nous avons décrite à la page indiquée, et que l'on peut toujours éviter si l'on veut bien se pénétrer des idées que nous allons émettre dans cet article.

A part l'excision dont nous venons de dire un mot, et à laquelle on peut et l'on doit même renoncer tout à fait, les diverses pratiques suivies aujourd'hui contre les hémorrhoïdes, dans les hôpitaux de Paris, peuvent se ranger en quatre groupes. — Il est des chirurgiens qui ne veulent, dans aucun cas, opérer les hémorrhoïdes *simples*, c'est-à-dire indépendantes de toute lésion organique, cancéreuse, ou d'autre espèce, et sans étranglement, sans ulcération, etc. ; convaincus qu'ils sont qu'on peut toujours amender considérablement, et même guérir tout à fait cette maladie à l'aide de divers remèdes résolutifs. De ce nombre sont, par exemple, M. Lisfranc et M. Pasquier, ex-chirurgien en chef des Invalides. M. Lisfranc s'est efforcé de prouver que les hémorrhoïdes ne sont que des rectites chroniques, sous-muqueuses, et nullement des varices, ni des tumeurs érectiles, ni des kystes sanguins.— « J'ai fait, dit-il, manœuvrer pendant presque vingt ans, sur le cadavre, la médecine opératoire, à un grand nombre d'élèves et de jeunes chirurgiens; j'ai peu laissé échapper l'occasion d'examiner la nature intime des hémorrhoïdes. Je n'ai presque jamais trouvé de tissu érectile... La dilatation des veines me paraît peu commune ; un grand nombre d'anatomo-pathologistes distingués ne l'ont pas vue ; je ne l'ai jamais trouvée, défalcation faite des cas fort rares dans lesquels les varices compliquaient les hémorrhoïdes : si ces varices constituaient le tissu hémorrhoïdal, on les suivrait par la dissection dans ce tissu et à sa circonférence; il en serait de même des cordons résultant de l'oblitération des vaisseaux veineux. Mais l'on comprend aisément que dans les fluxions, dans les congestions sanguines de la partie inférieure du rectum, qui sont très-souvent périodiques,

le tissu cellulaire augmente de volume, et qu'il peut s'y former de petites bosses sanguines. Ces phénomènes existent toujours, je les ai presque constamment observés jusqu'aujourd'hui. J'ai eu occasion de faire beaucoup d'autopsies sur des sujets dont l'état hémorrhoïdal, volumineux et enflammé, paraissait être récent; j'ai extirpé la maladie sur le vivant, et lorsqu'elle était très-développée, je n'ai pas vu le paquet hémorrhoïdal fournir de sang comme le tissu érectile, même dans les points où il n'était pas induré» (Lisfranc, Clinique, t. III, p. 732). Ces observations ont conduit ce chirurgien à cette conséquence : que le véritable traitement des hémorrhoïdes doit avoir pour base les remèdes antiphlogistiques généraux et locaux. Il poursuit, au reste, les hémorrhoïdes par des moyens divers, suivant qu'elles se présentent dans telle ou telle condition. S'agit-il d'hémorrhoïdes hémorrhagiques ? Des saignées générales et locales, si l'état des forces le permet, la position horizontale, le bassin très-élevé, l'usage de la glace intérieurement, des lavements de décoction de quinquina, le fer rouge quelquefois. « En touchant légèrement, dans une plus ou moins grande étendue, le bourrelet hémorrhoïdal avec le nitrate d'argent fondu, porté même dans l'intérieur du rectum, on diminue ou l'on arrête les pertes rouges fournies par les hémorrhoïdes » (Ibid. p. 736). Les hémorrhoïdes sont-elles indurées ? « L'hypertrophie indurée est traitée par les antiphlogistiques ou par les fondants, selon que l'élément inflammatoire existe ou qu'il a disparu; ces méthodes de traitement sont fréquemment suivies de succès » (Ibid. p. 737). Dans le reste, après avoir combattu, s'il y a lieu, la condition inflammatoire, M. Lisfranc prescrit, comme remède résolutif, atrophique des hémorrhoïdes simples, l'iodure de potassium à dose élevée, par bouche, et la compression à l'aide de mèches de volume progressif. Les mêmes moyens sont également administrés par ce clinicien contre les hémorrhoïdes formant masse en dehors de l'anus. « J'ai montré à l'hôpital de la Pitié, dit-il, des malades chez lesquels les paquets hémorrhoïdaires, peu ou point enflammés et d'un grand volume, ont été singulièrement atrophiés, et sont rentrés dans le rectum après avoir été soumis plusieurs fois, sans les ulcérer, à une cautérisation très-légère, pratiquée avec le nitrate d'argent fondu, et aidée par la compression, qui, établie à l'extérieur, ne réussissait pas seule » (p. 741). En cas d'étranglement de la masse hémorrhoïdaire sortie de l'anus, M. Lisfranc recommande le taxis, aidé par les fomentations émollientes, par les douches d'eau simple, d'eau de Barèges surtout; et si ces moyens échouent, il prescrit le débridement du sphincter

anal, en arrière, vers le coccyx. Une fois rentrées, les hémorrhoïdes doivent être maintenues à l'aide d'un bandage convenable, puis traitées d'après les données ci-dessus. Enfin, M. Lisfranc admet l'opération dans les seuls cas exceptionnels où les tumeurs sont dures, ulcérées, menacent de dégénérer, occasionnent des pertes incessantes graves, affaiblissent de plus en plus l'organisme, etc. Dans ces occurrences, il rejette la cautérisation comme dangereuse, d'après lui, et fait usage de l'excision. Cette opération, que nous lui avons vu plusieurs fois pratiquer, il l'exécute avec un grand soin ; il tire le bourrelet, le déploie, coupe petit à petit avec des ciseaux courbes, lie les vaisseaux hémorrhagiques à mesure qu'il les divise, et il ne lâche le dernier bout du bourrelet qu'après s'être assuré qu'aucun vaisseau divisé ne donne plus de sang. La question, cependant, est de savoir si, dans ce cas même où l'opération est jugée indispensable, les caustiques potentiels ne sont pas plus avantageux, sous tous les rapports, que le bistouri ; c'est ce que nous aurons à voir plus loin.—Quant à M. Pasquier, nous avons déjà exposé dans ce journal (t. I, p. 411), la pratique qu'il suivait. Que les hémorrhoïdes proéminent ou non au dehors, qu'elles soient ou non enflammées, les antiphlogistiques, les émollients, le repos, un régime modéré, les purgatifs, et surtout les applications abondantes d'une pommade de belladone camphrée, affaissent tellement les tumeurs, qu'on peut, à la longue, espérer une guérison tout à fait complète. Cette médication est conforme aux principes précédemment exposés.

Dans une seconde catégorie se présentent les chirurgiens qui traitent les hémorrhoïdes par la ligature. M. Baudens, au Val-de-Grâce, et M. Phillips, de Liége, ancien élève de l'Ecole de Paris, aujourd'hui chirurgien très-distingué à Bruxelles, suivent cette pratique, mais d'après des procédés différents. M. Baudens isole les groupes hémorrhoïdaux et passe derrière chaque tumeur un fil avec une aiguille. Les fils étant passés, il excise une à une ces tumeurs, et après chaque excision, il place sur la petite plaie correspondante un petit tampon de charpie, sur lequel il vient nouer les deux chefs du fil ; de telle sorte, qu'à la fin il se trouve avoir comprimé toutes les plaies sans produire d'étranglement, et il prévient ainsi tout danger d'hémorrhagie. Tous ces petits tampons sont rentrés l'un après l'autre dans le rectum et les fils pendent au dehors. Le malade reste couché, et l'on applique un tampon de glace sur sa région anale, soutenue à l'aide d'une toile cirée, etc. Les fils sont abandonnés à la suppuration, et ils tombent au bout de quelques jours comme ceux de la ligature des artères faite avec le cylindre de Scarpa. Une suppuration a, par

conséquent, lieu, dont la durée sera plus ou moins longue. Nous avons, dans le temps, rapporté un cas opéré de la sorte par M. Baudens (t. II, p. 192). Cette méthode n'est, en définitive, que celle de l'excision combinée avec la ligature, comme mesure anti-hémorrhagique. — M. Phillips s'y prend d'une autre manière ; il commence par bien attirer, déployer, examiner en détail la masse hémorrhoïdale ; il en compte les groupes et isole, autant que possible, leurs racines respectives avec les doigts. Puis il implante dans leur base commune une aiguille très-courbe, ayant un grand châs, une pointe lancéolée aussi large que le châs, et une tige moyenne assez mince. Cette aiguille entraîne d'un seul trait autant de fils cirés qu'il y a de groupes à lier. Chacun de ces fils est, de suite, noué autour de chaque groupe isolément. Cela fait, il passe un dernier fil simple ou double à la base, au-dessus du premier point, et il lie alors, aussi fortement que possible, toute la masse des tumeurs déjà isolées par les ligatures précédentes. La muqueuse est gangrenée de suite, la masse tombe au bout de trois, quatre jours, et le malade se trouve promptement guéri. Le patient est plongé aussitôt après dans un bain prolongé, qu'on répète chaque jour. Cette opération est accomplie avec une grande rapidité. La douleur n'a lieu qu'un seul instant, au moment de la ligature, qu'il est utile de serrer rapidement et le plus fortement possible. Il y reste une sorte d'engourdissement, qui est apaisé petit à petit par le bain. M. Phillips a opéré de la sorte, jusqu'à présent, une vingtaine de malades sans le plus léger accident, la guérison ayant été très-simple et très-prompte. Les premiers fils *isolateurs*, que cet habile opérateur passe autour des groupes, ont, comme on le conçoit, pour but de séquestrer, en quelque sorte, la maladie du reste de la muqueuse. La seconde ligature, la seule *étranglante*, se trouve ainsi appliquée dans un espace limité par les premiers fils. Il importe de la serrer fortement afin de hâter la mortification et la chute du pédicule. On avait de grandes préventions contre la ligature, vu les accidents d'étranglement ou d'autre nature qu'elle avait quelquefois occasionnés. Nous avons même, il n'y a pas longtemps, consigné trois cas de mort arrivés entre les mains de M. Brodie, à Londres, par suite d'une suppuration gangreneuse que la ligature avait occasionnée dans le tissu sous-muqueux de l'intestin ; mais il faut noter que c'était sur des sujets dont la constitution était en mauvais état, et chez lesquels l'opération n'aurait pas dû être pratiquée, ainsi que M. Brodie l'avoue lui-même. Il faut faire remarquer, d'autre part, que le mode opératoire doit jouer un grand rôle, au point de vue des accidents ; car si on n'isole pas

bien la tumeur, si on n'étrangle pas suffisamment et d'un seul trait la masse, il peut s'en suivre des inflammations douloureuses, suppurantes, qui s'étendent plus ou moins dans l'intestin et qui entraînent, par cela même, des réactions sérieuses ; tandis qu'en mortifiant d'un seul coup la tumeur par une ligature bien appliquée, l'effet reste nettement limité, et la ligature se trouve agir réellement comme le caustique.

Il est bien entendu, d'ailleurs, que si l'individu est atteint en même temps d'une affection générale ou autre de mauvais caractère , il ne convient pas d'opérer les hémorrhoïdes. Cela explique probablement les succès constants obtenus par M. Phillips. Nous attachons de l'importance à ce mode opératoire, par la raison qu'il est expéditif, n'exige pas la présence souvent répétée du chirurgien auprès du malade ; il est par conséquent applicable, sans danger, à des malades qui restent à la campagne ou ailleurs, loin du domicile de l'opérateur. Bien que nous ayons été jusqu'ici partisan des caustiques chimiques, ainsi que nous le dirons, nous reconnaissons dans le mode suivi par M. Phillips des conditions d'adoption, dans les cas surtout où les patients auraient de l'aversion pour le caustique, ou ne pourraient pas accorder au traitement le temps assez long que réclame l'usage des composés chimiques. On voit bien, au reste, qu'il s'agit ici d'un procédé , et non d'une méthode qui existait déjà dans l'art ; ceci soit dit pour éviter les interprétations historiques.

Vient maintenant, dans une troisième catégorie à part, M. Blandin qui ne traite autrement les hémorrhoïdes que par la section sous-cutanée du muscle sphincter. Cet habile clinicien professe que la contraction spasmodique de ce muscle est une des conditions essentielles des hémorrhoïdes comme de la fissure. Il voit dans cette action , qu'il regarde comme primitive , une cause de constriction sur les vaisseaux de l'extrémité de l'intestin, et par suite, de gêne dans la circulation correspondante , de stase sanguine, de congestion, d'inflammation, de gonflement de la muqueuse et de ses vaisseaux, etc., et il pense qu'il suffit de diviser ce muscle pour rétablir la circulation normale et faire atrophier les hémorrhoïdes. Il a obtenu surtout d'heureux résultats par ce mode de traitement dans des cas d'étranglement des masses hémorrhoïdaires, ainsi qu'on a dû le voir dans un article que nous avons donné. Après le débridement fait, la maladie rentre dans le domaine de la médecine résolutive. On peut faire beaucoup d'objections à ce système et nier même la réalité du spasme du sphincter dans un grand nombre de cas. Ce spasme, d'ailleurs, n'est, quand il se rencontre, qu'un effet et non la cause de la ma-

ladie; et la preuve, c'est que, dans la fissure anale, où M. Blandin admet aussi le spasme comme condition essentielle, primitive, il n'y a pas d'hémorrhoïdes le plus souvent. Quoi qu'il en soit, l'innovation du débridement sous-cutané du sphincter doit être acceptée pour les cas d'étranglement, et même pour ceux qui s'accompagnent de spasme douloureux, les tumeurs persistant à l'intérieur du rectum. Il est certain, au surplus, que quand l'étranglement a lieu chez les personnes dont les hémorrhoïdes sortent à chaque défécation, c'est en partie au spasme musculaire et en partie au gonflement de la masse prolapsée qu'on doit l'attribuer. Ainsi, ne serait-ce que comme mesure provisoire et urgente, le débridement sous-cutané de M. Blandin doit rester dans l'art. Nous avons décrit ailleurs le mode opératoire que ce chirurgien suit pour cette myotomie. L'on voit par là que, sans accepter la doctrine pathogénique de M. Blandin, nous adoptons sa pratique pour certains cas exceptionnels.

Arrivons enfin aux partisans des caustiques. Cette méthode commence à se généraliser, et probablement elle sera, avec le temps, la seule dominante à Paris contre les hémorrhoïdes de toutes les formes. Entrons dans quelques détails. — Il y a deux ans à peu près, un chirurgien irlandais, M. Honston, a publié dans un journal d'Edimbourg un travail sur la guérison des hémorrhoïdes à l'aide de la cautérisation avec l'acide nitrique pur. Il attirait la tumeur au dehors, la touchait partout avec un bâtonnet de bois doux, trempé dans l'acide nitrique; puis, après la cautérisation faite, il se servait du même bâtonnet comme d'un doigt pour rentrer la masse cautérisée et il abandonnait le reste à la nature. Une suppuration abondante s'en suivait par le rectum, et la guérison avait lieu en quelques jours. Les pansements se bornaient à quelques lotions de propreté; enfin, des mèches complétaient la cure. Les guérisons ont été complètes et toujours sans accidents. L'auteur faisait particulièrement remarquer que la douleur occasionnée par le caustique était intense, mais très-peu durable. Nous ignorons si ce mode de traitement a été adopté et suivi par d'autres chirurgiens. — D'un autre côté, nous avons fait connaître dans le numéro de septembre dernier, page 225, les résultats heureux qu'obtenait M. Hutin, chirurgien en chef des Invalides, de la pâte dite de Vienne (caustique calcio-potassique) dans le traitement des tumeurs hémorroïdaires : il attire les tumeurs au dehors, les fixe avec les doigts des aides, les couvre de pommade caustique qu'il laisse en place de 15 à 35 minutes, suivant l'épaisseur de la tumeur, jusqu'à sa mortification; il l'essuie ensuite parfaitement et fait rentrer la masse dans le rectum.

La suppuration qui s'ensuit entraîne la guérison radicale. Les pansements consécutifs se font comme dans le procédé précédent. On fait usage des mèches vers la fin de la cure. Il y a longtemps déjà que nous suivons nous-même la même pratique avec des résultats très-satisfaisants, et l'on peut voir, dans le tome III, p. 307, les détails d'un cas très-grave d'hémorroïdes étranglées et adhérentes à la peau préanale, que nous avons guéri à l'aide du caustique de Vienne, après avoir soulagé la malade par la division sous-cutanée du sphincter. Ce mode de traitement est extrêmement simple et sûr : vous mortifiez sur-le-champ toute la masse morbide, y compris la muqueuse relâchée, et vous obtenez une guérison radicale, la potasse exerçant par son absorption une certaine action dynamique hyposthénisante qui enlève la cause fondamentale de la maladie. Il va sans dire que, avant d'opérer, on fait sortir la tumeur en donnant un lavement que le patient doit rendre, puis faire des efforts sur un vase de nuit afin de faire proéminer le bourrelet. On l'attire quelquefois au dehors à l'aide du doigt porté dans le rectum en forme de crochet. On peut borner la cautérisation sur un ou deux groupes si l'on veut. On lave après avec de l'eau vinaigrée, l'on essuie bien, puis on fait rentrer le tout. Les bains prolongés sont d'un grand secours ensuite. La guérison est constante et sans accidents ; l'on peut même souvent espérer une guérison radicale alors qu'on n'a cautérisé qu'une partie seulement des groupes hémorrhoïdaux, l'action dynamique de la potasse s'étendant aux groupes voisins et occasionnant leur atrophie. Nous avons une fois essayé de la pâte de chlorure de zinc, mais nous avons dû y renoncer et revenir à la pâte de Vienne.

M. Amussat vient, de son côté, de publier un travail intéressant en faveur du traitement des hémorrhoïdes internes, à l'aide de la pâte de Vienne. C'est de la pâte solidifiée de M. Filhos que M. Amussat se sert. Voici la substance des observations de ce chirurgien distingué. Il fait sortir la masse hémorrhoïdale, saisit les tumeurs l'une après l'autre et les isole dans leur pédicule avec des pinces plates ; puis il porte par dessus, toujours sur le pédicule, une pince dont les mords sont en forme de cuvette et chargés du caustique, comme les porte-caustiques urétraux. Le pédicule de la tumeur, embrassé de la sorte, est fortement cautérisé jusqu'à la mortification complète. Puis il ouvre la petite tumeur avec la lancette et fait échapper son contenu. Pendant l'exécution de ces attaques, M. Amussat fait injecter de l'eau fraîche sur la tumeur par un aide, au moyen d'une seringue, ce qui apaise notablement la douleur ; enfin, le tout est rentré dans le rectum et

le malade est mis dans un bain prolongé. M. Amussat a obtenu des résultats heureux de cette pratique que nous ne faisons qu'indiquer sommairement. On voit bien déjà que ce mode opératoire a pour but de limiter parfaitement la cautérisation sur le pédicule de chaque nœud hémorrhoïdal, et de diviser ensuite celui-ci avec l'instrument tranchant pour le vider. Il n'attaque qu'un ou deux nœuds à la fois pour plus de sûreté, mais il pense avec raison qu'il n'y a pas de danger à cautériser tous les groupes en une seule séance. Quand les hémorrhoïdes internes coexistent avec un chapelet d'hémorrhoïdes externes, c'est-à-dire avec une rangée de petites tumeurs placées sous la peau externe de la périphérie de l'ouverture anale, ainsi que cela est très-ordinaire, M. Amussat se borne judicieusement à n'attaquer que les seules hémorrhoïdes placées dans la muqueuse, par conséquent, au-dessus de l'ouverture, et qu'on appelle internes. « Mon expérience m'a appris, dit l'auteur, qu'il n'est pas nécessaire de détruire les bourrelets externes ; ils se flétrissent presque toujours quand on a détruit, par le caustique, les bourrelets hémorrhoïdaux externes. D'ailleurs, les accidents graves, qui sont quelquefois survenus à la suite des opérations faites pour l'enlèvement des bourrelets externes, doivent éloigner de l'idée de pratiquer une opération qui n'est pas indispensable. » Disons, enfin, que M. Amussat croit utile, pour la santé du malade, de respecter un seul nœud hémorrhoïdal. Ce précepte était également enseigné par les chirurgiens partisans de l'excision. « Puis, dit Dionis, l'opérateur prenant de la main gauche, avec des pincettes, la poche de chaque hémorrhoïde, il les coupe l'une après l'autre avec des ciseaux, qu'il tient de la main gauche, *observant d'en laisser une des plus petites pour le maintien de la santé*, comme nous l'avons dit. » Ce précepte, cependant, avait été combattu dans l'antiquité, car nous trouvons dans Aétius : — « Après avoir réglé le régime et saigné le malade, il faut extirper les hémorrhoïdes, et n'en laisser *absolument aucune*, parce qu'il est possible d'atteindre la fin qu'on se propose, et de conserver en bonne santé ceux que l'on opère ainsi, par un bon régime et par la saignée pratiquée à propos. » (Aétius, Tetr. 4, serm. 2, cap. 4). Cette manière de voir d'Aétius est parfaitement logique et conforme à l'idée qu'on doit se former aujourd'hui de la nature de la maladie. La doctrine des fluxions, d'ailleurs, dans le sens des médecins révulsistes, n'est qu'une absurdité complète, ainsi qu'on peut le voir par la critique consignée à la fin de ce numéro. Pourquoi donc le même préjugé de la conservation d'une partie du mal n'existe-t-il pas à l'égard du varicocèle,

des tumeurs érectiles, des métrites chroniques, des diarrhées anciennes, des varices des jambes, etc. ?

Il y a peu de jours, M. Velpeau a opéré à la Charité un cas grave d'hémorrhoïdes, compliquées de fissures à l'anus, à l'aide du fer incandescent. Il s'agit d'un homme, âgé de 30 ans passés, employé dans les travaux des ponts-et-chaussées, blond, d'apparence cacochyme. Il était autrefois robuste et n'est réduit à cet état que par les souffrances et les pertes sanguines occasionnées par ses hémorrhoïdes. Cette maladie date de trois ans. Chaque fois qu'il va à la garderobe, une masse hémorrhoïdale énorme, du volume d'un petit citron, s'échappe de l'anus, conjointement avec une partie de la muqueuse, et ses souffrances sont atroces. Le sphincter est relâché. M. Velpeau s'est assuré que des fissures compliquent l'affection hémorrhoïdale. Il l'a opéré de la manière suivante : le malade a été mis debout hors de son lit, le tronc appuyé sur celui-ci et fixé ainsi par des aides, le bassin du patient étant très-saillant. On l'a engagé à faire de nouveaux efforts pour faire le plus possible proéminer la masse morbide. Deux aides écartent les fesses. Le chirurgien a porté sur tous les points de la tumeur un fer incandescent, dont l'extrémité, du volume et de la longueur d'un bouchon de bouteille, ou du pouce à peu près, a été complétement éteint dessus. Puis la masse cautérisée a été repoussée dans l'intestin avec le fer lui-même, et celui-ci a été introduit dans le rectum pour bien cautériser les points qui avaient pu échapper, et surtout pour atteindre les points fissures. Une fumée ammoniacale considérable s'est exhalée. Un bourrelet hémorrhoïdal externe a été respecté. Le patient a témoigné des signes d'une vive donleur, mais il a parfaitement toléré l'opération. Des compresses trempées dans de l'eau fraiche, souvent changées, l'ont apaisé quelque peu aussitôt après. Cette douleur, au reste, n'est pas, dit on, plus vive que celle que produisent les caustiques chimiques. M. Velpeau venait de pratiquer, la veille, la même opération, en ville, sur une dame qui l'avait très-bien tolérée. Nous ne savons si ce clinicien a fait de cette pratique une méthode générale contre les hémorrhoïdes, ou bien s'il ne l'applique seulement que dans les cas compliqués de fissures, de relâchement extrême du sphincter, etc.

Résumé et conclusions. L'on voit par ce qui précède, que, dans l'état actuel de l'art, les hémorrhoïdes sont très-diversement traitées par les chirurgiens de Paris : 1° Les uns n'admettent l'opération que très-exceptionnellement, et comptent surtout sur le traitement résolutif interne et externe dans la plus grande majorité des cas (Lisfranc, Pasquier). Cette pratique est aussi la

nôtre, et nous avons la conviction que, dans l'exercice de la ville surtout, où le traitement peut être suivi assez longtemps, les chirurgiens n'en suivraient pas d'autres s'ils voulaient mieux comprendre la condition dynamique de la maladie et se faire de meilleures idées sur l'action des médicaments. Rien n'est plus incomplet, plus léger que les prescriptions médicales de la plupart des chirurgiens de Paris, si habiles d'ailleurs quand il s'agit d'appliquer la partie mécanique de l'art. Aux remèdes internes et externes déjà indiqués, l'on pourrait en ajouter plusieurs autres d'une efficacité réelles. Nous rappellerons seulement deux cas d'hémorrhoïdes, que nous avons rapportés autrefois guéris à l'aide du jus de citron, donné à forte dose par bouche, à titre de remède hyposthénisant. Ce médicament sera bien édulcoré, et l'on peut, si l'on veut, y ajouter assez de sucre pour en faire un sirop rafraîchissant, aussi agréable qu'efficace. 2° Les autres s'en tiennent encore à l'ancienne pratique de l'excision (Roux, Gerdy), dont nous venons de rappeler les inconvénients sérieux. Il est probable, cependant, que cette méthode finira par être complétement abandonnée. 3° D'autres se contentent du simple débridement sous-cutané du muscle sphincter (Blandin). Cette pratique doit être conservée, surtout pour les cas d'hémorrhoïdes étranglées, comme mesure provisoire et d'urgence, et peut-être aussi pour les cas simples qui s'accompagnent de spasme de l'anus. Un traitement résolutif interne et externe doit toujours suivre cette opération. 4° D'autres préfèrent la ligature, soit en la combinant avec l'excision (Baudens), soit en étranglant au maximum le pédicule commun de la masse morbide, après avoir isolé les nœuds hémorrhoïdaires (Phillips). Le bain prolongé et les fomentations de glace deviennent un auxiliaire essentiel dans ce mode de traitement comme dans les suivants. 5° D'autres enfin, et c'est le plus grand nombre, emploient les caustiques, mais par des procédés différents. Ceux-ci font usage de la pâte de Vienne et ils obtiennent des résultats heureux. Ceux-là préfèrent cette même pâte, mais solidifiée, et ils n'agissent que sur le seul pédicule de chaque hémorrhoïde. Il en est enfin qui se trouvent bien du fer incandescent. L'on a vu pareillement que quelques praticiens appliquaient journellement, avec avantage, le nitrate d'argent sur les tumeurs hémorrhoïdales, à titre de remède résolutif ou antiphlogistique, ainsi qu'on avait d'ailleurs l'habitude de le faire sur les tissus enflammés ou ulcérés d'autres régions.

15. *Des cas auxquels l'opération de la gastro-stomie est applicable ;* par M. le professeur SÉDILLOT, membre correspondant de l'Institut.

(Suite : *voir* t. XII, décembre 1846, p. 120.)

(Gazette médicale de Paris, N° 1 ; 1847.)

La gastro-stomie est applicable aux cas d'aphagie qui rendent imminente la mort par inanition. Ces cas sont beaucoup plus communs qu'on ne le suppose, et les nombreux exemples que nous en rapporterons ne laisseront subsister aucun doute à cet égard. Nous remarquerons, en outre, que beaucoup de rétrécissements infranchissables de l'œsophage ne sont nullement en eux-mêmes incompatibles avec la vie.

La gastro-stomie ne sera donc pas un remède incertain et momentané ; cette opération pourra souvent devenir un moyen de guérison complète, en ce sens qu'elle rétablira des conditions d'existence d'une durée indéterminée. Dans les cas où les altérations seraient incurables, la gastro-stomie permettrait encore de prolonger les jours du malade, et d'adoucir les douleurs de ses derniers moments en lui épargnant le supplice de la faim.

Ceux qui déploreraient le sort de nos opérés montreraient une commisération mal placée. Les jouissances de la table sont d'un ordre trop inférieur pour qu'on ait le droit d'en regretter les privations outre mesure, et la gastro-stomie, dont les exigences seraient très-aisément dissimulées, n'entrainerait après elle aucune des infirmités qui pèsent si misérablement sur la vie entière de l'individu en lui enlevant le libre exercice de ses facultés, ou en le rendant un objet de répulsion ou de dégoût.

Qui ne sait d'ailleurs à quel point la souffrance s'efface et disparaît en présence de la mort ? La perte des sens, les paralysies, les anus accidentels, les fistules urinaires, les mutilations les plus horribles, sont des épreuves supportées avec plus ou moins de résignation et de patience, mais qui n'affaiblissent nullement, chez la plupart des hommes, l'amour de la vie. Mieux vaut souffrir que mourir sera une sentence éternellement vraie, et il ne saurait être permis de refuser à personne une existence que l'on réclamerait comme un bienfait, si l'on se trouvait atteint des mêmes maux.

Les indications de la gastro-stomie se rattachent à des lésions de diverse nature, que nous avons rangées en quinze classes :

1° Absence congénitale d'une partie du conduit œsophagien ;

2° Rétrécissements de l'œsophage causés par des tumeurs développées dans le voisinage de cet organe ;

3° Tumeurs formées entre les tuniques œsophagiennes ;

4° Hernies de la membrane muqueuse de l'œsophage ;

5° Polypes œsophagiens ;

6° Rétrécissements atrophiques de l'œsophage, sans transformations morbides appréciables des parois de ce conduit ;

7° Atrésies, suites de plaies et de cicatrices avec pertes de substance ;

8° Rétrécissements fibreux ;

9° Dégénérescence fibreuse de la tunique musculaire (œsophago-stenosis callosa d'Albers) ;

10° Coarctations cartilagineuses ;

11° Transformations osseuses ;

12° Oblitérations complètes ;

13° Cancers œsophagiens ;

14° Rétrécissements infranchissables du cardia ;

15° Rétrécissements œsophagiens mortels, de nature inconnue.

Boyer, dans une note insérée au tome IX du *Recueil périodique de la Société de médecine*, a parlé, au sujet d'un nouveau procédé de cathétérisme de l'œsophage, des inflammations gangréneuses et des tumeurs fongueuses de ce conduit. Il serait facile de comprendre ces maladies dans notre classification, si on venait à les rencontrer.

Nous n'entreprendrons pas d'exposer l'histoire détaillée des nombreuses affections que nous avons signalées ; nous nous bornerons à prouver, par des exemples authentiques, qu'elles existent et qu'elles sont susceptibles d'entraîner la mort des malades par inanition, sans que l'art ait pu jusqu'ici leur apporter aucun secours.

1° *Absence congénitale d'une partie du conduit œsophagien.*

M. le professeur Andral a rappelé, dans son *Anatomie pathologique* (t. II, p. 272), les diverses lésions congénitales de l'œsophage qui condamnent fatalement les nouveau-nés à mourir de faim.

« Il y a des cas, dit M. Andral, où l'on n'a trouvé que l'extré-
« mité supérieure de l'œsophage terminé en cul-de-lampe ;
« entre celui-ci et l'estomac, il n'y avait que du tissu cellulaire.
« D'autres fois, on voit partir du cardia un conduit qui, après
« s'être prolongé en haut dans l'espace de quelques pouces, finit
« par un cul-de-sac, au delà duquel on ne trouve plus que du
« tissu cellulaire, comme dans le cas précédent. Quelquefois
« l'œsophage représente un cordon plein, sans cavité dans toute
« son étendue ; ailleurs, cette cavité ne cessait d'exister qu'un
« peu au-dessus de l'insertion de l'œsophage à l'estomac. Dans

« un cas de ce genre, publié par Van Cuych, l'enfant vomit tout « ce qu'on essaya de lui donner, et succomba trois jours après « sa naissance. Astley Cooper a rapporté un autre cas dans lequel « il y avait absence complète de l'œsophage ; le pharynx se ter- « minait en cul-de-sac et l'estomac était sans orifice cardiaque. « L'enfant vécut huit jours. Un autre cas, plus bizarre que les « précédents, est celui qui a été publié par M. Martin dans l'*Ob-* « *servateur des sciences médicales* (Marseille, juillet 1825) : sur « un enfant mort trente-six heures après sa naissance, on ne « trouva d'autre trace de l'œsophage, du côté du pharynx, qu'un « canal long de quelques lignes qui se terminait en cul-de-sac ; « mais immédiatement au-dessus de la naissance des bronches, la « trachée-artère présenta un orifice, à travers lequel un stylet ayant « été introduit, pénétra dans un tuyau membraneux, élastique, « du calibre d'une petite plume, qui se rendait à l'estomac, et « établissait ainsi une communication entre la cavité de cet or- « gane et les voies aériennes. »

Deux cas à peu près semblables ont été recueillis par M. le professeur Lévy de Copenhague (*Neue Zeitschrift fur Geburtskunde*) ; les voici :

« Un nouveau-né, en apparence bien conformé, ne pouvait « pas teter et rendait tout ce qu'on essayait de lui faire avaler. « Le lendemain de la naissance, on introduisit dans l'œsophage « une sonde qui s'arrêta à la profondeur d'environ 4 pouces. « Une injection de lait par la sonde fut immédiatement rendue « par la bouche et le nez, et provoqua des symptômes de suffoca- « tion. On diagnostiqua une occlusion de l'œsophage et on in- « jecta du bouillon dans le rectum. Au moment de la naissance, « l'enfant avait pesé six livres et demie ; le 2 juillet, à neuf heures « et demie du soir, quarante-six heures après sa naissance, il « n'avait plus que cinq livres et demie ; le 3, à neuf heures et « demie du matin, cinq livres trois huitièmes ; à neuf heures et « demie du soir, cinq livres un quart ; le 4, à neuf heures et demie « du matin, cinq livres. L'enfant succomba à dix heures et demie.

« Il avait perdu dans quatre jours une livre et demie de son « poids ; dans les deux derniers jours, un huitième de livre par « chaque intervalle de deux heures. L'urine et les excréments « avaient un aspect naturel ; ils étaient rares et dépassaient à « peine le poids du bouillon injecté.

« A l'autopsie, on trouva que l'extrémité supérieure de l'œso- « phage se terminait à un cul-de-sac où s'arrêtait la sonde in- « troduite par la bouche. Cette impasse avait un pouce un quart « de long et une largeur double d'un œsophage ordinaire ; la

« structure des fibres musculaires ne présentait rien d'anormal, « sinon qu'elles convergeaient à leurs bouts tronqués.

« L'extrémité inférieure de l'œsophage s'abouchait à la tra- « chée-artère, en sorte qu'une sonde, engagée par une incision « de l'estomac dans l'orifice cardiaque, passait facilement à tra- « vers la trachée-artère et le larynx jusque dans la cavité buc- « cale. La communication entre la trachée-artère et la portion « cardiaque de l'estomac se trouvait à une ligne au-dessus de « la bifurcation de la trachée ; elle présentait une ouverture « ovale de 3 lignes et d'une ligne de large ; la paroi postérieure « du conduit aérien et la muqueuse respiratoire étaient con- « tinues avec celle du conduit digestif. »

« Chez un fœtus, né avant terme et mort immédiatement après « sa naissance, M. Lévy trouva un œsophage terminé en cul- « de-sac à sa partie supérieure et communiquant avec la bron- « che droite par la partie inférieure. La communication du « canal alimentaire avec le conduit aérien différait du cas précé- « dent, en ce qu'on trouva encore des demi-cerceaux cartilagi- « neux dans une certaine étendue de l'œsophage. »

Albers a représenté, dans les planches de son *Anatomie pathologique*, un autre exemple d'absence congénitale d'une portion de l'œsophage. A l'exception de la seconde observation de M. Lévy (de Copenhague), tous les sujets atteints des vices de conformation de l'œsophage que nous avons rappelés étaient viables ; mais. dans l'état actuel des ressources de notre art, ils ont dû fatalement mourir d'inanition.

Ces vices de conformation peuvent se distinguer en trois classes : 1° interruption complète du conduit œsophagien ; 2° atrophie et oblitération ; 3° solution de continuité avec communication du bout inférieur de l'œsophage dans la trachée.

Il ne serait nullement impossible, comme la preuve en a été donnée par M. Lévy, de reconnaître pendant la vie la nature de l'oblitération. Il suffit, en voyant l'enfant rejeter toutes les boissons, de pratiquer le cathétérisme œsophagien ; la sonde est arrêtée à une plus ou moins grande profondeur, selon le siége de la solution de continuité ou de l'oblitération du canal, et il resterait à décider si l'enfant doit être abandonné à une mort certaine ou soumis à une opération susceptible d'assurer sa vie. Dans de pareilles circonstances, la volonté des familles conserve un grande puissance, mais la mission du médecin reste impérieuse et commande de placer en première ligne la conservation de l'individu.

Dans tous les cas où l'œsophage est simplement oblitéré, atrophié ou interrompu, la gastro-stomie donnerait l'espérance de sauver l'enfant sans autres accidents que ceux de l'opération elle-même. S'il existait une communication du bout inférieur de l'œsophage avec la trachée, on pourrait craindre que les substances portées dans l'estomac arrivassent par régurgitation dans les voies aériennes, mais l'étroitesse de l'orifice anormal et sa tendance naturelle à se fermer, par sa non-raison d'être, devraient rassurer contre l'éventualité de cet inconvénient, que rien ne permettrait *à priori* de soupçonner.

2° *Rétrécissements de l'œsophage causés par des tumeurs développées en dehors de cet organe.* — Parmi les cas de dysphagie et d'aphagie produits par des tumeurs développées en dehors de l'œsophage, celui que T. Armiger a publié (*Medec. chirurg. Transactions*, vol. II, p. 244) dépendait d'un anévrisme de l'aorte. Bonnet (*Sepulcretum anatomicum*) en a rapporté plusieurs. Dans un cas cité par cet auteur, la mort par inanition fut la suite d'une tumeur, née de la trachée-artère et ayant envahi l'œsophage. Le malade ne pouvait plus avaler que par hasard (fortè) quelques gouttes de lait. (Obs. XVI. *Deglutitio impedita ob tumorem lateri asperæ arteriæ adnatam, œsophagum per filamenta intus enata obtrusum, et glandulas ejus exteriores tumidas.*)

Nous nous bornerons à ce dernier exemple du docteur Consbruch (*Nova acta physico-medica*, t. V. ann. MDCCLXXIII, obs. XXIV) : « Une tumeur squirrheuse du cou, du volume d'un « petit œuf de poule, s'était formée entre la trachée-artère et « l'œsophage, qui en était très-fortement comprimé. La malade, « jeune fille de 19 ans, mourut de faim et surtout de soif, après « les plus grandes souffrances. »

Si de semblables tumeurs, dont le caractère squirrheux n'est pas suffisamment justifié, se montraient à la région cervicale, elles devraient être enlevées ; mais si elles naissaient plus bas ou étaient méconnues, et qu'il fût impossible de porter dans l'estomac une sonde œsophagienne, la gastro-stomie deviendrait la seule ressource des malades. On aurait tort de supposer que la respiration serait nécessairement compromise par la présence d'une tumeur assez considérable pour rendre l'œsophage infranchissable. Les adhérences et le développement partiel de certaines tumeurs suffisent à expliquer la plus grande pression exercée par elles dans telle ou telle direction.

3° *Tumeurs formées entre les tuniques œsophagiennes.* — Dans l'article *OEsophage* du *Dictionnaire de médecine*, M. le professeur Velpeau dit que des masses squirrheuses peuvent se développer

entre les membranes de l'œsophage. Hélian (*Mém. de la Soc. roy. de Méd.*, année 1777, p. 217) observa une altération de ce genre. Le sujet qui la présentait était tourmenté depuis quelques années d'une telle dysphagie, que très-peu d'aliments pouvaient passer dans l'estomac, et qu'il fallut le soutenir pendant quelque temps à l'aide de lavements nourrissants. A l'autopsie, on trouva dans la partie de l'œsophage, située derrière la bifurcation de la trachée-artère, une tumeur squirrheuse de la longueur de 3 pouces, sur deux de circonférence, renfermée entre la seconde et la troisième tunique de l'œsophage, dont elles avaient entièrement oblitéré l'ouverture.

Rien ne prouve que ce fut plutôt un squirrhe qu'une tumeur fibreuse, et dans un cas identique à celui d'Hélian, la gastrostomie serait évidemment indiquée.

4e *Hernies de la membrane muqueuse de l'œsophage.*—Morgagni signale à la fin de sa vingt-huitième lettre, t. IV, p. 44, édition de Chaussier et Adelon, une cause d'obstacle à la déglutition, dépendante de la dilatation partielle et sacciforme de l'œsophage, vers le milieu de la hauteur de la cavité thoracique, altération décrite par Jean Grashuis (*Act., n., c.*, t. VI, obs. LXXIII).

Chaussier, dans une note ajoutée à ce passage de Morgagni, dit avoir rencontré deux cas semblables produits par la hernie de la membrane muqueuse. La dilatation existait en arrière de l'œsophage, un peu au-dessous du cartilage cricoïde, Dans un autre cas dont il fut parlé à Chaussier, la hernie était latérale et située beaucoup plus bas. Ludlow a fait également connaître un exemple du même genre.

S'il n'est pas dit dans les observations précédentes que les malades eussent péri d'inanition, on doit cependant conclure que telle est la conséquence de cette affection, d'après le fait suivant de Baillie, qui a fait représenter dans ses planches l'altération dont nous nous occupons.

« On a vu, dit Baillie (trad. de Guerbois, p. 85, Paris, 1815), « l'extrémité du pharynx former une poche considérable descen- « dant derrière l'œsophage. Ce phénomène est très-rare; il en « existe cependant un exemple dans la collection de Hunter. « Cette poche eut pour principe le séjour d'un noyau de cerise « qui s'était formé une espèce de lit. Il conserva cette position « pendant trois jours, après lesquels il fut rejeté à la suite d'une « violente quinte de toux. Une partie des aliments s'arrêtait « toujours dans cette poche et l'augmentait progressivement. « Enfin, dans l'espace de quatre ans, cette cavité fut convertie en « une espèce de sac qui pouvait contenir plusieurs onces de liquide.

« Ce sac se prolongeait derrière l'œsophage, et il était établi « entre l'un et l'autre une communication valvulaire. A me- « sure que le sac se développait, cette communication valvulaire « devenait de plus en plus complète, jusqu'à ce qu'enfin tous les « aliments arrêtés dans le sac ne purent plus parvenir à l'œso- « phage, ce qui fit périr le malade. Les particularités appar- « tenant à ce cas rare ont été publiées dans les *Observations mé- « dicales*, v. III. »

Il est évidemment question, dans l'observation de Baillie, d'une altération semblable à celles dont ont parlé Grashuis, Morgagni, Ludlow et Chaussier, et il est à remarquer que la gastrostomie pourrait déterminer une cure complète; car la maladie rétrograderait certainement plutôt qu'elle ne s'aggraverait, et en tout cas elle ne compromettrait aucunement la vie.

5° *Des polypes de l'œsophage.* — M. Velpeau, en traitant des polypes de l'œsophage (*Dict. de méd.*, t. XXI, p. 417), dit que Graefe, Baillie, Schneider, Pringle, Monro, ont observé cette maladie.

« Les polypes, dit ce professeur, donnent lieu à une difficulté « toujours croissante, et enfin à une impossibilité complète de la « déglutition, ce qui s'explique fort bien par le développement « successif du polype, qui finit enfin par obturer complétement « l'œsophage. »

Les polypes peuvent être compliqués d'une induration fibreuse du conduit œsophagien occasionnée par leur présence, et amener, soit seuls, soit conjointement à l'altération dont nous parlons, la mort par inanition. En voici un exemple :

« Depuis plusieurs années, madame Vallières (de Château- « Salins), âgée de 44 ans, d'un tempérament bilieux, exécu- « tait difficilement les mouvements qui servent à la déglutition « et à la respiration. On avait rapporté cette gêne à l'engorge- « ment inflammatoire des amygdales et du voile du palais. D'ail- « leurs, il faut observer que cet état pathologique variait encore « singulièrement, suivant l'état de l'atmosphère, augmentant « par un froid sec, diminuant au contraire sous une température « australe et humide. La maladie faisant chaque jour de nou- « veaux progrès, on eut recours aux charlatans, et pendant « plusieurs mois, l'empirisme déploya vainement contre elle l'ap- « plication de ses arcanes et de ses recettes. L'art ne fut pas « plus heureux dans l'emploi de ses moyens. Madame Vallières, « qui portait un goître volumineux, attribuait à cette tumeur, « qui semblait aussi prendre chaque jour plus de développement, « la gêne qu'elle éprouvait. Les accidents allaient toujours crois-

« sant, et bientôt la malade, qui depuis longtemps ne pouvait « plus avaler d'aliments solides, fut réduite à ne prendre des « boissons qu'en très-petite quantité, et bientôt après, pour « comble d'infortune, la déglutition des liquides ne se fit plus « qu'avec la plus grande difficulté. L'inquiétude, le chagrin, les « douleurs inséparables d'un pareil état, la privation d'aliments « solides et liquides produisirent chez cette malade une cachexie « scorbutique des plus intenses, et la réduisirent promptement « au dernier degré de marasme. La malade expira au milieu des « plus vives douleurs.

« *Autopsie.* Le voile du palais était d'une dureté presque « cartilagineuse, confondu avec la luette, qui semblait n'avoir « jamais existé. La langue enlevée et le larynx mis à découvert, « je remarquai à la partie postérieure de cet organe une excrois- « sance très-saillante qui en dépassait l'ouverture d'environ 9 à « 10 lignes. Cette excroissance était blanchâtre, cunéiforme. « avait 15 lignes d'étendue d'un côté à l'autre, et 6 à 7 d'avant « en arrière. Confondue avec la paroi postérieure du larynx, « elle paraissait tirer origine de ses cartilages, auxquels elle « adhérait très-fortement, puis elle s'enfonçait dans l'œsophage « d'à peu près 3 pouces, diminuant de volume transversalement, « à mesure qu'elle s'éloignait de son origine, et finissait par se « perdre dans les replis de l'œsophage, qui, dans cet endroit, était « rugueux et tellement rétréci qu'il pouvait à peine admettre la « chasse du bistouri ou le bout du petit doigt. Le corps polypeux « était intérieurement composé d'une substance d'un blanc mat, « granuleuse, résistant au scalpel, inégalement découpée vers sa « face libre. » (*Annales de la Soc. de méd. prat. de Montpellier*, t. VIII, p. 69, obs. du docteur Vimont.)

Si les polypes ne pouvaient être enlevés ni détruits, et que l'impossibilité du cathétérisme rendît imminente la mort par inanition, nul doute que la gastro-stomie ne dût être appliquée.

6° *Rétrécissements atrophiques de l'œsophage sans transformations morbides appréciables de cet organe.* — « J'ai rencontré une « fois, dit Baillie, un resserrement très-considérable de l'œso- « phage. Il était formé par les replis de la membrane interne « qui présentait, sur ce point, un canal étroit qui pouvait à peine « être franchi par un pois de jardin. Il n'existait cependant pas « d'altération de structure dans la membrane interne ainsi con- « tractée, et les fibres musculaires de l'œsophage qui l'environ- « naient étaient très-saines. J'ai su que cette maladie avait fait « des progrès très-lents; car le sujet de cette observation se « plaignit pendant plusieurs années d'une déglutition difficile.

« Il ne pouvait avaler que des substances d'un très-petit vo-
« lume. » (Baillie, *loc. cit.*)

« Everard Home a été témoin d'un fait semblable, au rapport
« d'Albers, et on en trouve un autre, dû à M. le docteur Cassan,
« dans les *Archives générales de médecine*, janvier 1826.

« Un vieillard de 76 ans avait éprouvé, depuis sa naissance,
« de la difficulté à avaler, sans que sa santé en souffrît. Il fut
« atteint d'une inflammation très-intense de la cavité buccale,
« qui se propagea au pharynx et à l'œsophage. Pendant plusieurs
« mois, le malade vomit après chaque repas; il finit par renoncer
« aux aliments solides et se restreignit à l'usage des bouillons,
« des gelées, etc. La déglutition devint de plus en plus difficile
« et accompagnée d'une espèce de bruit de gargouillement. A
« peine les aliments étaient-ils arrivés au pharynx qu'ils étaient
« rejetés par régurgitation, presque sans efforts, mélangés de
« mucus et de salive. Enfin, les substances liquides purent seules
« passer, et cela avec tant de difficulté que le malade n'en pouvait
« avaler que quelques cuillerées à la fois. La respiration était
« normale, le malade n'éprouvait ni malaise ni nausées; il ac-
« cusait seulement une chaleur brûlante dans le voisinage de
« l'estomac. Il expira après avoir passé par tous les degrés d'un
« amaigrissement de plus en plus prononcé.

« A l'autopsie, on trouva la partie inférieure de l'œsophage
« considérablement distendue et remplie par une espèce de
« bouillie chymeuse. Cette poche se terminait inférieurement
« par une ouverture ronde, à bords froncés, d'une ligne de dia-
« mètre, mais ne présentant pas la moindre altération du tissu;
« au-dessous, l'œsophage se continuait par un canal long de
« 8 lignes et d'un diamètre aussi rétréci que celui de l'ouverture,
« sans trace d'épaississement ni de dégénérescence quelconque,
« à plis longitudinaux, et recouvert intérieurement, ainsi que le
« sac, d'une fausse membrane non organisée. »

Albers remarque, après avoir cité cette observation, qu'il est difficile de regarder ce cas comme une stricture simple, à moins d'admettre une anomalie dans la couche musculeuse dont la description exacte n'a pas été donnée.

Il est de toute évidence que la structure normale de l'œsophage ne pouvait avoir persisté. Si le rétrécissement, reconnu pendant la vie, eût disparu après la mort, il eût fallu le considérer comme spasmodique; mais puisqu'il était permanent et qu'aucune transformation ne fut observée dans les tissus, nous devons en conclure que la coarctation dépendait d'une véritable atrophie ou plutôt du non-développement de l'œsophage.

Dans le cas où la dysphagie menacerait de devenir mortelle et où l'introduction de la sonde serait impossible ou causerait de graves accidents, la gastro-stomie offrirait une dernière ancre de salut.

7° *Atrésies de l'œsophage, suites de plaies ou de cicatrices avec perte de substance.*—Les plaies qui divisent complétement l'œsophage ont été, de tout temps, considérées comme essentiellement mortelles, et les expériences de M. Jobert n'ont fait que confirmer ce fâcheux pronostic. Tels sont les termes dans lesquels s'est exprimé M. Velpeau, et ils résument l'expérience des siècles à ce sujet. Les plaies qui intéressent partiellement la portion pectorale de l'œsophage sont aussi très-graves. M. Mondière, sur cinq observations, n'a rapporté qu'un seul cas de guérison. S'il n'était pas possible de rétablir la continuité de l'organe blessé, ni d'y introduire une sonde, la gastro-stomie serait d'autant plus précieuse qu'elle serait le meilleur moyen de cicatrisation de l'œsophage, soustrait à l'irritation produite par la présence des instruments ou des matières alimentaires.

Rust (*Traité de chir.*, t. I, p. 224) a signalé les rétrécissements œsophagiens occasionnés par des cicatrices d'abcès. Les mêmes effets pourraient être la conséquence d'une large plaie avec ou sans perte de substance, et les réflexions précédentes s'appliquent à ce genre d'altérations.

8° *Coarctations fibreuses.*—Les rétrécissements fibreux de l'œsophage sont assez communs et ont ordinairement leur siége au niveau des clavicules auprès du cardia. En voici quelques exemples.

Rudolphi (*Annales suédoises*, t. I, ch. 11 p. 27) a trouvé, sur un homme qui ne pouvait plus avaler, depuis longtemps, et avec beaucoup de peine, que des liquides, un rétrécissement fibreux de deux travers de doigt de longueur. Les parois de l'œsophage avaient acquis un demi-pouce d'épaisseur.

Ehrlich (*Obs. de chir.* recueillies en voyage, t. I) raconte que l'on rencontra, sur une femme morte d'aphagie, l'œsophage induré dans une étendue de 2 pouces et réduit dans ce point au calibre d'une plume de corbeau.

Voigtel a relaté un assez grand nombre de rétrécissements fibreux et cartilagineux.

Otto et Wutzer en ont indiqué plusieurs préparations dans leur catalogue du cabinet anatomique de Munster.

Baillie (*loc. cit.*) a représenté un cas d'oblitération calleuse de la partie inférieure de l'œsophage.

Sandifort (obs. XV, p. 245, pl. 106, fig. 104) a décrit et fait

figurer un rétrécissement fibreux de l'œsophage, siégeant au-dessus de l'estomac et ayant entraîné la mort par inanition. On lit également dans Sandifort l'histoire d'un homme adulte atteint au-dessus de l'estomac d'un rétrécissement calleux de l'œsophage. Aucun aliment ne pouvait le traverser, et le malade mourut d'inanition. (Tome I, p. 65, chap. CCXCV, *Supellex anatomica albiniana.*)

Il existe au Muséum de la Faculté de Strasbourg deux exemples de rétrécissement calleux de l'œsophage, sans ramollissement ni ulcération, et ayant leur siége à peu de distance du cardia. La mort, par inanition, en avait été le résultat, après de vains efforts de cathétérisme.

Nous renvoyons au chapitre, consacré à l'histoire des rétrécissements cartilagineux, nos réflexions sur ceux de nature purement fibreuse. Il s'agit en effet, dans les deux cas, d'une même affection à différents degrés de transformation organique.

9° *De la dégénérescence fibreuse de la tunique musculaire de l'œsophage (œsophagostenosis callosa d'Albers).*—Albers (V. *Anat. pathol.*) a établi une distinction entre les indurations celluleuses ou sous-muqueuses de l'œsophage et celles de la tunique musculaire. Selon cet auteur, les premières seraient bornées à une étendue de 2 ou 3 pouces, mamelonnées, et occupant, soit une partie, soit la totalité de la circonférence du conduit; le tissu induré serait d'un blanc mat, et la muqueuse rouge, mais peu altérée. Dans les indurations de la tunique musculaire, l'altération s'étendrait beaucoup plus loin et comprendrait, dans certains cas, toute la longueur de l'œsophage.

Quoique nous ne partagions pas cette opinion, voici la description donnée par Albers :

« La couche interne des fibres musculaires est seule dégé-
« nérée, car l'on peut souvent constater l'intégrité de la couche
« musculaire externe. Je n'ai jamais observé cette altération dans
« le pharynx. La paroi malade, épaisse d'un huitième de pouce
« à un demi-pouce, est dure et presque cartilagineuse ; elle se
« laisse peu comprimer et crie sous le scalpel comme de la
« couenne de lard. La coupe en présente à l'œil nu des stries
« transversales, serrées les unes contre les autres, qui ont de
« l'analogie avec la trame d'un tisserand. Vue à un grossisse-
« ment de cent à cent cinquante fois, on distingue de petites
« cellules entre les fibres transversales dont elles suivent la di-
« rection. J'ai toujours trouvé des cellules vides. Cette disposition
« est peu manifeste aux limites du tissu malade, mais elle paraît
« d'autant plus prononcée qu'on examine la dégénérescence plus

« au centre, comme on le voit dans la planche 17. La modifi-
« cation morbide envahit toute la périphérie de la tunique mus-
« culeuse, d'où il résulte que la paroi œsophagienne est unifor-
« mément indurée et le canal également rétréci.

« La déglutition est de plus en plus gênée par le double effet
« du rétrécissement et de la roideur que le produit pathologique
« imprime à l'œsophage, et on ne peut introduire de sonde œso-
« phagienne.

« La muqueuse, d'abord intacte, finit par s'altérer, devient
« rugueuse et s'ulcère.

« Dans cette deuxième période de la maladie, la tunique mus-
« culaire s'épaissit de plus en plus et est recouverte, dans toute
« son étendue, par une large ulcération qui prend son point de
« départ à la musculeuse et envahit successivement de dedans en
« dehors le tissu induré.

« D'après Muller, cette dégénérescence serait un cancer; mais
« elle en diffère : 1° en ce qu'elle n'exerce jamais, sur l'orga-
« nisme, la même influence funeste, ne détériore pas la consti-
« tution et ne produit l'amaigrissement qu'en raison des obstacles
« matériels apportés à l'introduction des aliments dans l'estomac ;
« 2° elle reste toujours locale et circonscrite, et jamais les gan-
« glions ni les organes voisins ne sont affectés consécutivement
« de cancer.

« Les malades succombent aux progrès de la maladie et à
« l'inanition qu'elle entraîne, soit pendant la première période
« (rétrécissement fibro-calleux), soit dans la seconde, après l'ap-
« parition des ulcères. Quelquefois la stricture devient si forte
« avant l'inflammation, que l'œsophage finit par être entièrement
« oblitéré. » (V. pl. 16 et 17.)

Nous avons déjà dit ne pas partager l'opinion du professeur Albers sur le siége et la nature spéciale de cette affection, que nous rangeons parmi les indurations fibreuses, analogues dans leur principe à celles que nous avons décrites, et n'en différant que par une plus grande étendue. Nous ne croyons pas qu'il existe primitivement, dans ce cas, de tissu cancéreux ; mais l'apparition de ce terrible élément morbide ne nous paraît nullement impossible pendant la deuxième période, et la gastro-stomie serait le meilleur moyen de prévenir une terminaison funeste, en assurant la nutrition des malades et en préservant les parties lésées des irritations douloureuses et incessantes produites par les efforts d'introduction des matières alimentaires.

10° *Coarctations cartilagineuses.* — L'inflammation chronique du tissu cellulaire sous-muqueux est le plus ordinairement la

cause des transformations fibreuse, cartilagineuse et enfin osseuse qu'on y observe. Nous avons distingué ces produits pathologiques comme ils l'ont été constamment par les auteurs, mais il ne faudrait pas en méconnaître les caractères de succession et d'origine commune. Nous ne saurions affirmer que, sous le nom de rétrécissements cartilagineux, on ait toujours décrit un tissu analogue au cartilage normal; qu'il nous suffise de constater ici les ressemblances qui sont véritables, et complétons l'histoire des strictures fibreuses par celle des rétrécissements nommés cartilagineux.

Bonnet a rapporté, sous le titre suivant : *Deglutitio læsa ob obturatum œsophagum a cartilagine ab ipso enata*, obs. IX, une observation de Beckers, dans laquelle la mort survint par inanition. A la dissection, on trouva, à trois doigts de l'estomac, la cavité de l'œsophage réduite à un pertuis très-fin, en raison d'une substance cartilagineuse de forme annulaire née de l'œsophage lui-même.

La stricture, comme on le voit, avait fait d'assez grands progrès pour devenir mortelle, sans aucune trace d'inflammation.

Le fait suivant, de H. Sampson, semblerait appartenir à l'affection décrite par Albers sous le nom de dégénérescence fibreuse de la tunique musculaire; mais nous croyons devoir le citer ici.

« Une femme, depuis longtemps atteinte de dysphagie, « appela un médecin qui essaya de lui introduire dans l'estomac « un long stylet flexible en baleine, mais il fut arrêté au niveau « des clavicules par un obstacle infranchissable. Le médecin jugea « l'état de la malade désespéré, et elle mourut de faim quelques « mois après. A l'autopsie on trouva tout l'œsophage, depuis « les clavicules jusqu'à l'estomac, transformé en cartilage, et sa « cavité tellement diminuée qu'on pouvait à peine y introduire « une soie de sanglier. (Obs. CLXX de H. Sampson, *Ephém. des cur. de la nat.*, MDCLXXII, p. 279.)

Dans ce cas, comme dans le précédent, l'affection n'était nullement mortelle par elle-même, mais seulement par l'aphagie complète qui en résultait. Qu'un moyen eût existé de nourrir la malade, sa vie était assurée. Ce moyen consistera désormais dans la gastro-stomie.

Van Jeuns (*Choix de mémoires*, t. IV, p. 380) rapporte deux cas de transformation cartilagineuse de l'œsophage. Nous en citerons un autre fort curieux, à l'occasion des oblitérations complètes de ce conduit.

Baldinger, Bang et Blancard ont également fait connaître des cas de ce genre. (V. Velpeau art. *OEsophage*, *loc. cit.*) M. le pro-

fesseur Andral a observé une masse cartilagineuse développée au-dessous de la membrane muqueuse et confondue avec le tissu cellulaire simplement épaissi et induré. (Andral, *Anat. path.* t. I, p. 276.)

Gyser a rencontré, vers le milieu de l'œsophage, un anneau cartilagineux qui rétrécissait ce canal au point de ne pouvoir y introduire une petite sonde (Gyser, *De fame lethali ex callosa œsophagi angustia*, Argentorati, 1770, in 4°, p. 16.)

Quoique les observations de rétrécissements cartilagineux partiels soient les plus fréquentes, on en trouve néanmoins d'analogues à celui précédemment cité de Sampson. Morgagni en a donné un exemple d'après V. Garnia, et Desgranges trouva l'œsophage cartilagineux dans toute sa longueur, avec un anneau de même nature un peu plus saillant au-dessus du cardia. (Journal de Boyer et Corvisart, t. IV, p. 203.)

Tous ces faits ne sauraient laisser le moindre doute sur la réalité des transformations fibreuse et cartilagineuse, et ils ont la plus grande importance dans la question des indications de la gastro-stomie.

11° *Transformations osseuses.* — L'ossification est le dernier degré des transformations précédentes, et M. Velpeau en a signalé deux cas : l'un, de Monro, est consigné dans le catalogue de Walter (de Berlin), sous le n° 1530; l'autre appartient à Metzger. (*Advers. med.*, t. I, p. 175.) L'œsophage était devenu osseux dans la plus grande partie de sa longueur, chez un postillon très-adonné aux liqueurs fortes et tourmenté de dysphagie longtemps avant sa mort.

(La suite à un prochain numéro.)

---

16. *Note sur plusieurs cas nouveaux de guérison complète de fistules vésico-vaginales, avec perte de substance affectant le bas-fond de la vessie, au moyen du procédé de réunion autoplastique par glissement;* communiqué à l'Académie des sciences par M. Jobert (de Lamballe).

(Gazette médicale de Paris, N° 4; 1847.)

L'une des infirmités les plus affreuses, auxquelles la femme soit exposée à la suite des accouchements laborieux, les fistules vésico-vaginales et particulièrement celles de ces fistules qui siégent au bas-fond de la vessie, ont été généralement considérées comme au-dessus des efforts de la chirurgie. J'ai eu déjà l'honneur d'entretenir l'Académie des tentatives que j'avais faites, en profitant des ressources nouvelles que fournissent les procédés autoplastiques, tentatives couronnées deux fois d'un succès complet, dans

des cas désespérés ; toutefois je ne m'étais point fait illusion sur les difficultés de l'opération et sur les chances défavorables qu'elle devait rencontrer dans un grand nombre de circonstances, et je n'avais cessé de faire des efforts pour chercher des conditions plus avantageuses au succès et , s'il se pouvait, un procédé plus simple et d'une application plus générale. C'est dans ce but que j'ai substitué à l'élytroplastie un procédé nouveau auquel j'ai donné le nom d'*autoplastie par glissement*, et que j'ai fait connaître dans une note communiquée à l'Académie dans la séance du 14 juillet 1845; j'ai rapporté en même temps l'observation d'une fistule occupant toute l'étendue de l'urètre de la cloison vésico-vaginale jusqu'à un demi-centimètre du col utérin, et guérie complétement à l'aide de cette opération nouvelle.

Depuis cette époque , l'occasion m'a été offerte de renouveler mes tentatives, et trois observations , que j'ai eu soin d'entourer de toutes les garanties que la science exige, établissent, si je ne me trompe, d'une manière péremptoire , les avantages précieux et presque assurés que l'autoplastie par glissement peut offrir dans des cas tout à fait désespérés.

Je me suis cru d'autant plus obligé de mettre ces faits nouveaux en évidence que, malgré l'observation déjà publiée et qui ne permet aucun doute, plusieurs chirurgiens d'un mérite que je me plais à reconnaître, continuent de proclamer l'incurabilité absolue des fistules dont il s'agit, et que cette assertion a trouvé crédit dans des publications chirurgicales très-récentes et répandues.

Fistule vésico-vaginale ayant son siége au côté gauche du vagin , dirigée d'arrière en avant , longue de six centimètres au moins, compliquée de perte de substance, d'écartement des bords de la fistule et de hernie de la vessie.—Rapprochement des lèvres de la plaie et suture entrecoupée.—Incision latérale comprenant toute l'épaisseur des parois du vagin, dirigée d'arrière en avant et pratiquée du côté opposé à la fistule.

Obs. II. — La nommée Roger (Elisa), âgée de 22 ans , née à Arnouville, entra à l'hôpital Saint-Louis le 26 juin 1846, pour y être traitée d'une fistule vésico-vaginale survenue à la suite d'un accouchement laborieux.

Douée d'une forte constitution, cette jeune femme n'a jamais fait de maladie sérieuse. A l'âge de 20 ans, elle se maria et eut un enfant l'année suivante (septembre 1845). Le travail dura huit jours et ne marcha d'abord qu'avec beaucoup de lenteur, puisque l'accoucheur ne fut mandé que le quatrième jour après l'appari-

tion des premières douleurs ; toutes les tentatives que l'on fit pour l'accélérer restèrent sans aucun résultat, et le huitième jour, on se décida à terminer l'accouchement par l'opération de la céphalotripsie. Il y avait trois jours que la malade n'avait pas uriné.

Après la délivrance, des douleurs assez intenses se déclarèrent dans les régions vésicale et hypogastrique. Pendant les huit premiers jours qui suivirent, il ne se manifesta aucun trouble dans le cours habituel des urines.

Au bout de ce temps, dans un effort que la malade fit pour se tourner dans son lit, elle sentit tout à coup s'échapper par la vulve un corps étranger d'une couleur noirâtre ayant le volume et les dimensions d'une amande. Au même instant sa couche fut inondée d'un flot de liquide qui, à partir de ce moment, n'a plus cessé de couler.

Après la chute de l'eschare et la formation de la fistule vésico-vaginale, les forces, l'embonpoint même ne tardèrent pas à renaître, et au bout de quelques semaines, cette femme était en pleine convalescence.

Néanmoins, l'écoulement continuel des urines l'empêchait de reprendre ses travaux, et après avoir cherché vainement à adoucir son infirmité, elle vint à Paris et entra à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Michon ; elle y resta trois mois, pendant lesquels elle subit plusieurs cautérisations avec le fer rouge et le nitrate d'argent ; elles n'apportèrent aucune amélioration dans l'état de la fistule ; aussi la malade demanda et obtint sa sortie. Ce fut alors qu'elle vint à l'hôpital Saint-Louis où l'on constate l'état suivant :

Il n'existe plus d'envies d'uriner ; les urines, qui ne passent plus par le canal de l'urètre, tombent involontairement et goutte à goutte dans l'intérieur du vagin pour s'écouler ensuite à l'extérieur d'une manière continue, quelle que soit la position que prenne la malade.

Le doigt indicateur, introduit dans le vagin à une certaine profondeur, rencontre sur la paroi antérieure de ce conduit une large ouverture, par laquelle il pénètre facilement dans l'intérieur de la vessie.

En examinant avec plus de soin l'état des parties malades, et en procédant de dehors en dedans, on trouve autour de la vulve, au périnée, et particulièrement à la partie interne et supérieure des cuisses, une multitude de petits tubercules rougeâtres, durs et rugueux, qui semblent s'être développés dans ce point, par le seul fait du contact prolongé des urines sur les téguments. Outre cette éruption, toute la peau qui avoisine les parties génitales est

rouge, sensible et dure au toucher; elle est dépouillée de son épiderme en plusieurs points, et l'urine, qui se trouve continuellement versée à sa surface, y produit des cuissons et des démangeaisons assez vives. Du reste, les organes génitaux externes ne présentent rien autre chose de particulier. Le col de la matrice, examiné au spéculum, est sain et dans son état normal.

C'est sur la paroi antérieure du vagin, à 4 centim. en arrière du méat urinaire, que la fistule a son siége; elle est située à gauche de la ligne médiane, environ à 5 millim. de distance, et présente une forme longitudinale. Ses dimensions dans ce sens sont de plus de 6 centim. d'étendue, et elle occupe en longueur une grande partie du bas-fond de la vessie, de telle sorte qu'elle arrive tout près du col de l'utérus. Son diamètre transversal est de quelques centimètres; ses bords sont assez réguliers et comme tranchants; ils sont dans un état de tension permanent et considérable; l'orifice de la fistule reste béant et une portion de la vessie vient faire hernie par cette ouverture. La sonde de femme, introduite par le canal de l'urètre, traverse la vessie, arrive dans le vagin, et peut être ramenée jusqu'à l'orifice de la vulve si on vient à lui imprimer un mouvement de bascule.

Quant à l'état général, il est satisfaisant. La malade désire ardemment l'opération, à laquelle elle est préparée pendant plusieurs jours par l'usage des bains, des injections et des lavements émollients.

Le 2 juillet, M. Jobert pratique l'opération de la manière suivante :

La malade est couchée sur le dos, le tronc et la tête dans la position horizontale, et le siége approché sur le bord du lit. Les jambes, étant fléchies sur les cuisses et celles-ci sur le bassin, sont confiées à deux aides. Alors le spéculum à une valve est introduit dans le vagin, de manière à déprimer sa paroi postérieure; puis deux aides écartent en même temps les grandes et les petites lèvres; cela permet à l'opérateur d'apercevoir le col de l'utérus, de le saisir avec une pince de Muzeux, et de l'attirer au dehors par des tractions légères et modérées.

Le col de la matrice, dans son déplacement, a entraîné à sa suite le bas-fond de la vessie et par conséquent la fistule; celle-ci, se présentant à l'entrée du vagin, devient plus accessible à l'action des instruments tranchants. Les bords sont avivés, soit à l'aide des ciseaux, soit avec le bistouri. C'est le second temps de l'opération.

On procède ensuite à la suture, qui est pratiquée à l'aide d'une petite aiguille courbe armée d'un fil double ciré. Cette aiguille est

solidement fixée à l'extrémité d'un porte-aiguille. Le bord gauche de la fistule, étant saisi avec une pince, est traversé par l'aiguille, qui le pénètre de dehors en dedans ; celle-ci, débarrassée de son support, est ramenée par l'orifice de la fistule de la cavité vésicale dans le vagin. L'aiguille étant fixée à l'extrémité de l'instrument est de nouveau introduite dans la vessie, et pénètre de dedans en dehors le bord correspondant de l'orifice fistuleux ; elle est ensuite attirée dans le vagin, entraînant à sa suite le fil dont elle est armée. Ce fil se trouve ainsi disposé en forme d'anse à concavité inférieure dans l'épaisseur des lèvres de la fistule, en deux points correspondants et à 2 lignes environ de leur bord libre. Les deux chefs de ce fil sont ensuite ramenés et maintenus à l'extérieur, tandis que l'on passe successivement, et en procédant toujours d'arrière en avant, cinq autres fils, disposés comme le premier, à travers les bords correspondants de la fistule. Tous ces fils sont placés à une distance assez rapprochée les uns des autres, pour qu'il ne reste entre eux aucun espace libre après le rapprochement des lèvres de l'ouverture.

Après avoir retiré la sonde de la vessie, on pratique une incision longitudinale de 5 centimètres de longueur sur le côté droit du vagin et dans la partie de ce conduit qui correspond à la fistule. Cette incision fait disparaître immédiatement la tension de ses lèvres et permet alors de les amener facilement au contact. On saisit le premier fil, et en tirant légèrement sur ses deux chefs, on voit les bords de la fistule se rapprocher exactement l'un de l'autre. On fait un double nœud pour les maintenir dans cette position, puis on coupe les deux bouts du fil pour ainsi dire à ras le nœud. Les quatre autres fils sont ensuite serrés, noués et coupés absolument de la même manière.

Le col de l'utérus, débarrassé des érignes, rentre immédiatement au fond du vagin. On fait ensuite plusieurs injections d'eau froide dans le vagin, puis on tamponne légèrement le vagin avec un cylindre d'agaric. On transporte la malade dans son lit et on place une sonde à demeure dans la vessie. (Infusion de tilleul ; potion gommeuse avec 32 grammes de sirop diacode.)

Pendant la journée, il n'y eut que peu de douleurs ; mais pendant la nuit, la malade n'eut pas un instant de repos. Les urines, du reste, ont très-bien passé par la sonde.

Le 3 juillet, un peu de fièvre ; pouls à 80 ; peau chaude ; soif vive. Les urines continuent de passer en totalité par la sonde. (Tilleul ; sirop de gomme anti-spasmodique.)

Le 4, il n'existe plus de fièvre. Les urines ont coulé par la

sonde ; cependant les alèzes placées sous le siége de la malade sont mouillées dans quelques points.

Le 5, la sonde s'étant trouvée bouchée pendant la nuit, il s'est écoulé sous la malade une certaine quantité d'urine ; mais dès qu'une nouvelle sonde a été placée, les urines ont repris leur cours habituel.

Le 6, la sonde livre toujours passage aux urines ; il en fut de même les jours suivants ; cependant la malade se plaignit plus d'une fois qu'elle sentait l'urine couler sous elle, et le matin, lorsqu'on la changeait, on trouvait en effet son alèze mouillée.

Du 15 au 24 juillet, l'urine passa presque en totalité par la sonde. La malade, d'ailleurs, a de l'appétit, le sommeil tranquille, et paraît entièrement remise de son opération.

Le 24 elle fut examinée : on trouva l'un des fils tombés sur la paroi postérieure du vagin ; on coupa les autres avec des ciseaux et on les retira successivement avec les pinces. Le doigt introduit dans le vagin permit de constater que la réunion de la fistule était complète.

Ce jour-là, on ne remit pas la sonde à demeure : la malade fut sondée un grand nombre de fois, et chaque fois on retira près d'un verre d'urine.

Le 25, on remit la sonde à demeure, et la presque totalité des urines passa par cette voie.

Le 29, la malade fut encore examinée, et l'on retira du vagin une dernière portion de fil.

Le 30 et le 31, on cautérisa deux jours de suite un petit bourgeon charnu, qui s'était développé dans un des points où existait la suture ; la sonde alors livrait passage à la totalité des urines.

Le 5 août, la malade est examinée de nouveau : la cicatrisation est complète.

Le 8, la réunion semble définitivement assurée.

Le 13, la sonde est retirée.

Le lendemain, la malade déclare qu'elle a uriné à volonté et gardé ses urines assez longtemps, mais que cependant il s'est fait par le vagin un léger suintement d'urine. L'examen des parties ne fait découvrir rien qu'un petit point presque imperceptible, situé vers l'extrémité postérieure de la cicatrice. Ce point a été touché avec le nitrate d'argent.

Du 14 au 21 la sonde est remise, pour être définitivement retirée le 21.

Le 24, la malade affirme qu'il ne s'est pas écoulé une seule goutte d'urine par le vagin.

Lorsqu'on examine au spéculum l'intérieur du vagin, on trouve sur la paroi latérale droite la trace de l'incision qui fut faite dans ce point.

Sur la paroi antérieure on constate l'existence d'une cicatrice régulière à la place de la fistule ; cette cicatrice se distingue des tissus environnants par une coloration rouge plus foncée, et par quelques légères inégalités existant à la place des points de suture.

Les parties génitales sont parfaitement saines.

La santé générale est des plus satisfaisantes.

Aujourd'hui, 27 décembre, cette malade ne perd pas une goutte d'urine et elle peut, pendant plusieurs heures de suite, conserver une assez grande quantité de liquide dans la vessie. Le besoin d'uriner se fait sentir plus rarement pendant la nuit que pendant le jour.

L'examen au spéculum ne fait pas découvrir la plus petite trace de l'ancienne fistule ; mais on aperçoit à gauche et à droite de la ligne médiane deux cicatrices parfaitement blanches, qui se dirigent d'arrière en avant. Sur le trajet de la cicatrice gauche on aperçoit des dépressions blanchâtres correspondant aux points de suture. La paroi antérieure du vagin a très-peu diminué de largeur. L'orifice de l'urètre a repris à peu près sa même largeur, et le bourgeonnement vasculaire et anormal, qu'il offrait, a cédé à quelques cautérisations avec le nitrate d'argent.

Cette malade a, du reste, repris sa gaîté, sa fraîcheur et son embonpoint.

Fistule vésico-vaginale du bas-fond de la vessie ; opération autoplastique par glissement ; guérison.

Obs. III. — La nommée Joséphine Pelletier, femme Jouvin, âgée de 24 ans, d'une forte constitution, entra à l'hôpital Saint-Louis le 3 décembre 1845. Réglée à 15 ans, cette malade a été mariée à 20. On a été obligé d'extraire son premier enfant avec le forceps, trois jours de douleurs n'ayant pu amener l'accouchement naturel. Cette femme devint enceinte une seconde fois, et elle accoucha à terme. Comme la première fois, l'accouchement ne put se faire par les seuls efforts de la nature, et on fut obligé de perforer le crâne de l'enfant et de terminer l'accouchement avec des moyens mécaniques. Les manœuvres durèrent à peu près deux heures ; il survint ensuite une inflammation violente des organes génitaux. Les premiers jours qui suivirent l'accouchement n'offrirent rien de particulier ; les urines étaient chassées par l'influence de la volonté, et ce ne fut en effet qu'au bout de six jours qu'elles passèrent par le vagin. D'abord elles s'écoulè-

rent en partie par la fistule, et bientôt elles passèrent en totalité. Les urines s'échappèrent par la voie artificielle incomplétement d'abord, parce que l'eschare n'était qu'incomplétement séparée ; elles la traversèrent ensuite en totalité, à dater du moment où l'eschare fut complétement détachée. Dès ce moment les urines s'écoulèrent involontairement et d'une manière incessante, quelle que fût la position que prît la malade.

Voici quel était l'état de cette malade lors de son entrée à l'hôpital :

1° Les parties génitales étaient continuellement baignées par l'urine.

2° Toutes les parties, avec lesquelles l'urine était en contact, étaient érythémateuses, rouges, excornées ou tuberculeuses.

3° La paroi vésico-vaginale est irrégulière, inégale et sillonnée par des brides qui limitent des enfoncements, ce qui dénote l'existence d'anciennes pertes de substance et d'ulcérations cicatrisées.

4° Le col de l'utérus est irrégulier et ulcéré.

5° Dans le trajet de l'urine on rencontre des graviers.

6° Au-devant du col on sent au toucher une dépression, où la paroi vésico-vaginale paraît manifestement amincie.

7° L'introduction d'un liquide par la vessie fait immédiatement reconnaître le siége de la fistule ; car, à mesure qu'il entre dans la vessie, il ressort par le vagin sous forme de jet continu.

8° L'introduction du spéculum permet de reconnaître à l'œil une dépression dure formée par un tissu inodulaire, et au fond de laquelle on peut introduire une grosse sonde qui pénètre immédiatement dans la vessie. L'instrument file le long du col de l'utérus, qui semble creusé en gouttière pour concourir à former la fistule. Lorsque la malade demeure assise, elle peut pendant ce temps conserver une petite quantité d'urine dans la vessie.

9° Cette malade est irritable, agitée, et a les facultés intellectuelles visiblement troublées. Ce n'est pas la première femme chez laquelle nous voyons ainsi des changements graves s'opérer dans les fonctions du système nerveux, à propos de ces graves lésions de la vessie.

10° Par les efforts de toux, l'urine s'échappait par jets.

La direction et l'étendue de la fistule ayant été reconnues, et la nécessité d'une opération étant jugée indispensable, je préparai la malade par des bains, des injections émollientes et narcotiques, et des purgatifs.

La malade étant convenablement disposée, je pratiquai, le 23 décembre, l'opération autoplastique par glissement.

Cette femme étant placée sur un lit, les jambes fléchies sur les cuisses et celles-ci sur le bassin, j'introduisis le spéculum à deux valves et attirai le col de l'utérus à l'extérieur à l'aide des pinces de Museux ; puis je ravivai, à l'intérieur du trajet fistuleux et à la circonférence vaginale de la fistule, toutes les parties qui étaient comme indurées ; je détachai ensuite le vagin de son insertion au col, et bientôt il me fut facile d'appliquer trois points de suture entrecoupée pour maintenir en contact les lèvres de la fistule. Les surfaces saignantes furent ainsi rapprochées sans difficulté et sans qu'elles éprouvassent la moindre distension.

Une sonde fut ensuite placée dans la vessie et un coussin de balle d'avoine placé sous les jarrets.

Le jour même de l'opération, la sonde laisse d'abord couler une urine sanguinolente, puis claire et transparente. Il y eut un peu de ténesme vésical pendant quelques heures après l'opération ; mais le pouls demeura à 70. Il ne survint par conséquent pas de fièvre.

Le 24, on put donner à la malade des bouillons, et rien de particulier ne se présenta.

Le 25, un léger ténesme vésical se renouvela, mais il n'y eut pas de fièvre, et la malade n'éprouva aucun accident. Dans l'après-midi elle retira sa sonde et urina sous elle.

Le 26, l'urine s'écoula par la sonde en totalité jusque dans l'après-midi, où elle la retira.

Elle la replaca elle-même ; elle n'éprouva aucun accident.

Le 28, la malade ne fut pas plus raisonnable que les jours précédents, et en partie elle urine par le canal, et en partie elle rend l'urine par la sonde.

Jusqu'au 11 janvier, la malade, tantôt conserva sa sonde et tantôt la retira, et cependant nous allons voir que, malgré toutes ces imprudences, elle a guéri complétement. Les fils jusqu'ici ne furent pas retirés, et ce ne fut que le 11 janvier que j'examinai le col de l'utérus pour les extraire.

Le 11 janvier 1846, les urines ne passent plus par la fistule, elles sortent de leur réservoir par un jet continu, lorsque la malade éprouve le besoin d'uriner. La vessie peut les garder même assez longtemps.

L'examen de la partie au spéculum permet d'apercevoir un des fils qui a servi à pratiquer la suture ; on le retire avec des pinces.

Le 15, la malade a des envies fréquentes d'uriner ; on l'examine de nouveau au spéculum, et l'on enlève encore un fil.

Les jours suivants, l'irritabilité de la vessie disparaît ; l'émis-

sion des urines se fait par le canal de l'urètre d'une manière tout à fait normale.

Jusqu'au 6 février, tout va pour le mieux, malgré l'indocilité de la malade, qui, depuis longtemps déjà, fait une foule d'imprudences capables de compromettre la guérison de sa fistule.

On était sur le point de la renvoyer dans sa famille, lorsque, dans la nuit du 7 février, elle est prise d'un accès de manie bien caractérisé (délire, agitation, hallucinations, etc.). Le lendemain, à la visite, on la trouva dans un état d'agitation considérable : elle ne profère pas une seule parole ; la face est animée, les yeux hagards, le pouls accéléré. (Saignée du bras ; vingt sangsues sur les apophyses mastoïdes ; glace sur la tête.)

Le 8, l'état maniaque continue ; la malade chante et cherche sans cesse à s'évader. Il y a une grande incohérence dans les idées. (On applique la camisole et quinze sangsues derrière les oreilles ; potion antispasmodique ; injections vaginales.)

Depuis lors jusqu'au 12 mars, la malade a presque toujours refusé de répondre aux questions qu'on lui adresse ; son agitation a été moins grande, mais la raison a toujours été troublée.

De nouvelles saignées ont été pratiquées, plusieurs vésicatoires ont été appliqués à la nuque et aux apophyses mastoïdes, sans produire d'amélioration notable des facultés intellectuelles.

Dans cet état, la malade a été placée, le 12 mars, dans un service d'aliénées de la Salpétrière.

L'examen au spéculum permit alors de constater le résultat définitif de l'opération qu'avait subie la malade. Le col de l'utérus ayant été saisi et attiré vers la vulve, il fut facile de reconnaître le point du bas fond de la vessie, où la fistule avait son siége. Dans ce point existait une cicatrice linéaire un peu déprimée offrant une étendue d'un centimètre et demi environ. Cette cicatrice était très-solide et nullement vicieuse ; aucun pertuis fistuleux ne restait à sa surface. Lorsqu'on l'essuyait avec une compresse ou un pinceau de charpie, elle restait sèche et ne fournissait aucun suintement urineux.

La cure de la fistule était radicale et complète.

Obs. IV. — La IVe observation est relative à une dame créole, âgée de 35 ans, atteinte depuis dix ans d'une fistule vésico-vaginale avec perte de substance, sur laquelle deux opérations avaient été déjà tentées sans succès. La fistule était constituée par une énorme fente transversale de 37 centimètres environ de largeur, siégeant au bas-fond de la vessie, tout à fait en arrière au niveau du col utérin, de manière que ce dernier organe en formait en quelque sorte la lèvre postérieure. Les bords étaient durs, cal-

leux, le col utérin lui-même malade, ulcéré, ramolli, le vagin induré, douloureux, parsemé de graviers déposés par l'urine, malgré tous les soins de propreté dont la malade ne s'était jamais départie.

J'opérai cette malade le 21 octobre 1846, en présence de MM. les professeurs Bégin, Bouillaud, Piorry, Trousseau et du docteur Vernois, médecin des hôpitaux.

J'ai décrit plus haut les circonstances de l'opération et les phénomènes qui la suivirent. Je me borne à rappeler ici qu'il n'y eut aucun accident traumatique, qu'à dater de l'opération il ne s'est pas écoulé une seule goutte d'urine par la fistule, tandis que le liquide a passé, en totalité, par le canal de l'urètre qui ne lui donnait plus passage depuis dix ans. Les fils commencèrent à être enlevés le 1er novembre. L'adhésion des lèvres de la plaie était alors parfaite, et le 5 la réunion était déjà très-solide. Le 11, on cesse de laisser la sonde à demeure, on sonde toutes les deux heures, et dans l'intervalle l'urine s'amasse dans la vessie ; parfois quelques gouttes s'échappent par l'urètre, mais rien ne s'écoule par la fistule. A dater du 22, la malade urine seule et retient parfaitement l'urine. Le 27, ses règles, supprimées depuis dix ans, et remplacées par une hémorrhagie anale, se rétablissent.

Le 5 décembre, MM. Bégin, Bouillaud, Piorry, Trousseau et Vernois, ont examiné de nouveau la malade qui était alors parfaitement guérie, et qui est partie le 10 pour Marseille.

Ces faits, que je viens d'analyser sommairement, m'ont permis de faire plusieurs observations, qui sont d'une grande importance pour le succès des opérations des fistules vésico-vaginales, et d'un autre côté, ils ont offert des particularités physiologiques d'un haut intérêt touchant l'influence que les fistules exercent sur les fonctions des organes pelviens, et en particulier de l'utérus et du rectum ; mais je reviendrai, avec les détails nécessaires, sur cette partie de l'histoire physiologique et pathologique des fistules vésico-vaginales, dans le mémoire que j'aurai l'honneur de présenter à l'Académie.

VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

MALADIES MENTALES. — 17. *De l'alimentation forcée des aliénés*; par M. BAILLARGER.

(Annales médico-psychologiques, novembre 1846.)

1° *Dangers du cathétérisme de l'œsophage. — Injection des ali-*

ments dans la trachée-artère. Tout en admettant la possibilité de cet accident, je déclarais, dans mon premier travail, ne pas connaître de faits de ce genre ; depuis lors, j'ai reçu d'un jeune médecin communication de l'observation suivante, que je cite textuellement.

Obs. I. — *Abstinence ; emploi de la sonde œsophagienne ; mort immédiate déterminée par l'injection des aliments dans les voies aériennes.*

« Une dame, âgée de cinquante ans, vivant en province, devient veuve, et son caractère, naturellement porté à la mélancolie, s'assombrit de plus en plus ; elle arrive en peu de temps à un degré de lypémanie prononcé avec prédominance de sentiments religieux. Assiégée de scrupules et de remords sans fondement, elle conçoit bientôt le projet de se laisser mourir de faim. Déjà, depuis trois jours, elle pratique son système d'abstinence, sans que les instances de ses parents aient réussi à lui faire prendre autre chose qu'un bouillon et quelques tasses de tisane : sa santé est considérablement altérée ; sa maigreur habituelle s'est accrue d'une manière sensible depuis quelques jours ; sa bouche est sèche, son haleine fétide ; les yeux sont animés, brillants ; le pouls très-petit et fréquent. Dans cet état, la malade est confiée aux soins d'un médecin de mérite, livré à la spécialité des maladies mentales ; il use sans succès de tous les moyens de persuasion pour la faire manger, et, jugeant alors qu'il y a un danger imminent à laisser se prolonger l'abstinence, il prend le parti d'introduire de force des aliments dans l'estomac. La malade étant maintenue assise sur une chaise solide, on s'empare de ses mains, qu'un aide tient derrière la chaise ; un autre contient la tête appuyée sur sa poitrine et rapproche les ailes du nez de la cloison jusqu'à complète occlusion. Deux bouchons de liége sont alors glissés entre les arcades dentaires, et dans leur écartement on fait passer, avec une cuiller, du potage de fécule bien liquide ; mais la malade, poussant avec force l'air expiré contre la luette et la portion mobile du voile du palais, rejette tout au dehors. On se sert alors d'une sonde ordinaire introduite par les fosses nasales jusqu'au pharynx ; les efforts désespérés de la malade rendent encore ce moyen inutile. Ses mouvements déplacent à chaque instant la sonde, en sorte que l'injection de l'aliment commence à pénétrer dans les voies aériennes, ou arrive seulement dans l'arrière-bouche, d'où les efforts d'expiration l'expulsent facilement. Témoin auxiliaire des tentatives faites contre l'obstination de cette malade, je propose d'écarter les arcades dentaires au moyen

d'un spéculum bivalve garni d'un linge, et par l'ouverture duquel on introduira, jusque dans l'œsophage, une sonde de dimension moyenne, sans avoir à craindre l'obstacle apporté par les mouvements de la langue, dont la malade se sert avec une énergie furieuse. Cet avis est suivi, et la sonde introduite ; on retire alors le spéculum, qu'on remplace par les bouchons de liége, puis on pousse les injections. La sonde avait-elle été introduite de prime abord dans le larynx, sans qu'il se fût manifesté ni effort de toux, ni spasme, ni suffocation, ou y pénétra-t-elle dans les mouvements violents que faisait continuellement la malade et qui purent bien la déplacer ? Toujours est-il qu'après quelques injections, du râle muqueux se fit entendre dans la poitrine : le médecin chargé de la direction de la malade fut averti ; mais, préoccupé sans doute du danger immédiat de l'abstinence, et pensant qu'une petite quantité de liquide introduite accidentellement dans la trachée-artère suffisait pour produire un râle muqueux prononcé, il insista quelques secondes encore. Cette fois, ce liquide, repoussé par l'expiration et entraîné par l'inspiration, faisait entendre le râle muqueux trachéal jusque dans la partie supérieure de la sonde, qui fut aussitôt retirée ; mais il était trop tard. La malade s'affaissa tout d'un coup sur elle-même ; les veines du cou et de la face étaient considérament tuméfiées ; la face devint livide et bleuâtre. Je fis incliner la tête et j'écartai avec les doigts les arcades dentaires, espérant faire écouler une partie au moins du liquide injecté ; j'essayai de provoquer le vomissement mécanique avec le doigt porté rapidement sur la luette ; j'ouvris la veine jugulaire de chaque côté, et imprimai à la poitrine les mouvements propres à produire la respiration artificielle : mais tous ces moyens furent inutiles ; la malade expira après quelques secondes. »

J'ai rapporté ce fait tel qu'il m'a été communiqué, sans y rien changer.

La mort a évidemment eu lieu par asphyxie, et les détails sont si précis, qu'on ne saurait conserver aucun doute.

Un accident du même genre est arrivé à l'hospice de Bicêtre, chez un mélancolique qui mettait une telle obstination à refuser toute nourriture, qu'on avait aussi été forcé d'avoir recours aux injections avec la sonde œsophagienne. « Un jour, au milieu de l'infirmerie, dit M. Thore, nous lui pratiquions cette injection, comme nous le faisions d'ordinaire tous les matins et sans avoir rien remarqué de particulier dans l'état de ce malade, lorsque tout-à-coup il pâlit, perd connaissance ; les lèvres sont décolorées, les cornées sont ternes, le cœur a cessé de battre, et il est porté

dans son lit comme mort. C'était heureusement au moment de la visite, et les secours les plus actifs lui furent immédiatemment donnés : frictions sur la région du cœur, insufflation, sinapismes, etc. Ce n'est qu'au bout de dix minutes qu'on parvint à le rappeler à la vie. Il succomba cependant quelques jours après, mais sa mort fut moins le résultat de la bronchite qui fut la conséquence de l'injection d'un corps étranger dans les bronches, que de l'état de marasme dans lequel l'avait plongé le manque presque absolu d'aliments. »

Le malade qui fait le sujet de cette observation ne succomba pas immédiatement; mais nul doute que l'injection dans les voies aériennes et la bronchite, qui en fut la conséquence, n'aient contribué à hâter la mort.

D'autres accidents du même genre ont très-probablement eu lieu, mais ils n'ont pas été publiés. Ces accidents sont si graves, qu'on ne saurait trop insister sur les moyens de les prévenir. J'ajouterai donc ici quelques considérations à celles déjà présentées dans mon premier mémoire.

Les très-grosses sondes œsophagiennes, dont on se sert encore dans plusieurs établissements, avaient au moins l'avantage de rendre plus difficile la pénétration dans les voies aériennes. Lorsque cela arrivait, l'ouverture de la glotte se trouvant momentanément complétement fermée, la suffocation devenait imminente et avertissait l'opérateur du danger.

Les petites sondes qu'on emploie aujourd'hui, préférables sous beaucoup de rapports, ont cependant l'inconvénient d'entrer plus facilement dans le larynx. Le passage de l'air restant alors en partie libre, l'anxiété du malade est moins grande, et on conçoit mieux la possibilité des accidents dont j'ai parlé. Cependant de tels malheurs ne peuvent guère arriver que chez des aliénés extrêmement affaiblis, et qui n'ont plus la force de réagir. J'ai vu récemment encore de petites sondes être introduites plusieurs fois dans les voies aériennes, et dans tous les cas, le bruit particulier que faisait l'air en traversant le tube, et la suffocation, ne pouvaient laisser de doute sur la fausse route dans laquelle l'instrument était engagé.

J'ai dit précédemment qu'on pouvait, pour s'assurer du lieu qu'occupe la sonde, en fermer l'extrémité avec le doigt. Le malade, ne pouvant plus respirer par les yeux de l'instrument, éprouve alors une anxiété plus grande.

Si ce moyen laissait encore des doutes, on pourrait, avant d'injecter les aliments, faire pénétrer par la sonde quelques grammes d'eau. Cette injection est sans danger, et cependant elle suffira

pour provoquer des quintes de toux et augmenter la suffocation; elle sera surtout suivie immédiatement, même chez les malades les plus affaiblis, d'un râle trachéal très-prononcé.

Ces précautions sont importantes lorsque l'aliéné est dans un état de mutisme complet. Il suffit, dans le cas contraire, de le faire parler ou de l'entendre crier pour être certain que la sonde est dans l'œsophage. La voix est, en effet, *complétement éteinte*, aussitôt que l'instrument a pénétré dans le larynx.

On doit, dans tous les cas, ne pas se presser de faire l'injection une fois que la sonde a été introduite. Il me semble impossible, si l'on attend quelques instants et si l'on observe attentivement le malade, de ne pas au moins concevoir des doutes.

On doit aussi commencer par injecter très-doucement, et s'arrêter un peu, après avoir fait pénétrer quelques grammes de liquide ; s'il ne survient rien de particulier, on pourra toujours terminer l'opération sans crainte.

En résumé, les signes auxquels on peut reconnaître que la sonde est entrée dans les voies aériennes sont :

1° Le sifflement de l'air dans la sonde;

2° Les menaces de suffocation du malade, dont la figure devient vultueuse ;

3° Une anxiété plus grande quand on ferme avec le doigt l'extrémité de l'instrument;

4° *L'aphonie complète ;*

5° La toux, ou au moins un râle trachéal très-fort, si l'on injecte quelques grammes d'eau comme moyen d'exploration.

Avec ces données et les précautions que j'ai indiquées, les malheurs, dont j'ai cité plus haut deux exemples, ne peuvent se renouveler.

Quant à l'introduction de la sonde dans le larynx, ce n'est pas, à proprement parler, un accident, si l'on s'aperçoit immédiatement de la fausse route; l'instrument étant retiré presque aussitôt, il n'en résulte aucun inconvénient.

Il y a des cas dans lesquels on pourrait craindre à tort d'avoir fait une injection dans les voies aériennes. Dernièrement, une mélancolique, déjà âgée, est amenée à l'hospice de la Salpêtrière dans un grand état de maigreur. On n'avait sur elle aucun renseignement, et elle ne put en donner elle-même. Elle refusa de manger peu après son entrée ; et l'abstinence durait à peine depuis deux jours, que déjà la faiblesse était devenue extrême. On dut alors recourir à la sonde œsophagienne. L'introduction de l'instrument n'offrit aucune difficulté ; mais immédiatement après qu'il eut été retiré, la malade fut prise d'un râle trachéal assez

fort, et l'interne, qui avait pratiqué l'opération, craignit que le liquide n'eût, au moins en partie, pénétré dans les voies aériennes. Ce râle continua quelques heures, puis il cessa complétement. La malade n'en succomba pas moins dans la nuit.

L'autopsie fut faite avec beaucoup de soin ; la trachée et les grosses bronches furent minutieusement examinées ; mais on ne put rien découvrir. L'estomac, au contraire, contenait encore, en assez grande quantité, un liquide qui, quoique altéré, ressemblait cependant à du bouillon.

J'avais déjà antérieurement observé un fait semblable chez un aliéné paralytique. Un râle trachéal très-fort avait aussi immédiatement suivi l'opération, puis il s'était dissipé.

Ces faits me paraissent susceptibles d'explication.

Quand on ferme avec le doigt le pavillon de la sonde, avant de la retirer de l'œsophage, cette sonde contient toujours une certaine quantité de liquide, qui s'écoule aussitôt qu'on cesse de tenir le doigt appliqué sur l'extrémité de l'instrument.

Si l'on néglige cette précaution, le liquide que renferme encore la sonde s'écoule peu à peu pendant qu'on la retire, et il peut tomber dans le larynx. Ce qui le prouve, c'est que l'extraction de l'instrument est alors très-souvent suivie d'une petite quinte de toux. Si la quantité de liquide introduite ainsi dans les voies aériennes est plus considérable, et que le malade soit très-affaibli, on observera le râle trachéal dont j'ai parlé, et qui ne prouve pas, comme on le voit, que l'injection ait pénétré dans les voies aériennes. Je suis, en effet, convaincu que l'asphyxie doit alors être immédiate, comme elle l'a été dans les deux faits cités plus haut. *(La suite à un prochain numéro.)*

XII. GÉNÉRALITÉS.

18. *Etudes sur la pléthore ;* par M. Pidoux (1).

(Suite et fin : *voir* t. X, octobre 1846, p. 199 ; t. XI, novembre, p. 195.)

(Journal de Médecine de M. Trousseau, décembre 1846.)

Pléthore morbide. — Il nous reste à compléter notre tâche par l'étude d'un autre ordre d'accidents pléthoriques qui sont les plus

(1) Des fautes typographiques graves et nombreuses s'étant glissées dans les deux précédents articles sur *la Pléthore*, je ne dois pas terminer ce travail sans les signaler. C'est bien assez des difficultés, que peut éprouver le lecteur à me suivre dans ces voies peu fréquentées, sans que des obscurités gratuites viennent s'y ajouter encore et déconcerter les dispositions les plus bienveillantes. Je prie donc les personnes qui ont bien voulu s'intéresser à ces études, de

graves de tous, les plus difficiles à reconnaître, ceux dont le pronostic exige le plus de sagacité et le traitement le plus de prudence : nous voulons parler de la pléthore morbide ou diathésique et de ses diverses espèces. Si les ouvrages modernes sont bien stériles en ce qui concerne la pléthore simple et physiologique, ils l'admettent au moins et la décrivent dans ses formes ordinaires. Quant à la pléthore diathésique ou morbide qu'on trouve mentionnée dans quelques vieux auteurs sous le nom de *plethora à cacochymiâ*, elle est inconnue aujourd'hui ; on ne la nomme même pas. L'humorisme ancien, bien ou mal appuyé sur l'observation de l'homme, procédait par une méthode en rapport avec ses principes : il procédait physiologiquement et cliniquement. Sydenham, Stoll, Pringle, Quesnay, Dehaën, jugeaient ou prétendaient juger de l'état et de la crase du sang par la constitution de l'individu, par son tempérament, ses habitudes et ses particularités physiologiques, par ses maladies et leurs symptômes, sans négliger l'inspection physique et tout extérieure des humeurs et du sang. C'est en suivant cette voie que Bordeu nous a donné son *Analyse médicinale du sang*, admirable ébauche, semée des observations les plus vraies et les plus fécondes, à côté des idées les plus fausses et les plus chimériques.

L'humorisme moderne tend à convertir en principes de physiologie et de médecine les procédés ou les méthodes d'investigation que lui fournissent la physique et la chimie. De ce qu'il a reconnu leur nécessité pour étudier la composition du sang et des humeurs animales, il en conclut que ces sciences dominent les faits physiologiques et les expliquent. Bordeu, étudiant le sang par les phénomènes vitaux, et se servant d'eux comme de réactifs pour juger la constitution morbide de ce liquide, fait véritablement l'*analyse médicale du sang*. Seulement, il est privé de moyens d'investigation, souvent indispensables pour démontrer

rectifier immédiatement les fautes indiquées dans l'*errata* suivant. Cela est d'autant plus indispensable, que, si ces recherches ont une valeur quelconque et sont capables de semer des germes utiles, c'est de l'unité de pensée qui y règne qu'elles pourront tirer cet avantage. Or, comme cette unité est bien plus au fond des choses que dans les dehors de la méthode ou d'une exposition habile, il ne peut suffire, pour l'apprécier, d'une lecture faite à trois reprises avec deux pauses d'un mois chacune. Chaque partie étant dans l'ensemble, et l'ensemble se retrouvant dans chaque partie, il faut revenir aux idées générales exposées dans le premier article, pour saisir l'esprit des faits renfermés dans les deux autres, et réciproquement.

Premier article, page 202, ligne 36, au lieu de : a toujours conduit, *lisez :* a toujours conduite. Même article, page 204, ligne 20, au lieu des vaisseaux pour lui, *lisez :* des vaisseaux pour le fluide sanguin. Même article, page 207, ligne 5, au lieu de : Telle est, *lisez :* Tel est. Même page, ligne 10, au lieu de troubles sympathiques, *lisez :* troubles idiopathiques.

la valeur hématologique de tel ou tel symptôme, de tel ou tel état de l'organisme. Au fond, il est dans le vrai. Mais s'il a le principal, s'il bâtit sur des fondements naturels, l'accessoire lui manque; les procédés exacts, les méthodes de vérification ne lui sont pas donnés, et il est exposé par là, à ce qu'on dédaigne, comme de futiles hypothèses, plusieurs grandes vues auxquelles il n'y a à reprocher que d'être destituées de preuves rigoureuses, ou plutôt du complément anatomique qui met le sceau aux preuves médicales.

La médecine a besoin d'une *analyse médicinale du sang*, et les travaux hématologiques modernes répondent par l'analyse anatomique ou chimique de ce liquide. Ce ne sont là évidemment que les moyens d'atteindre le but, ce n'est pas le but lui-même. L'anatomie descriptive n'est pas la physiologie, mais elle lui est indispensable. Il en est ainsi de l'anatomie pathologique vis à vis de la médecine. Ainsi, les recherches de quelques anciens sur le sang dans les maladies, recherches dont le genre est originalement résumé dans le petit traité de Bordeu, étaient conçues selon le véritable esprit qui doit présider à des travaux de médecine. Elles ne déplaçaient pas cette science pour la livrer aux sciences accessoires, bien qu'elles en négligeassent trop les secours à titre de procédés et de méthodes d'investigation. Quelque bien dirigés que fussent vers le but les efforts de nos prédécesseurs, plus médecins qu'anatomistes (car c'est le sentiment juste et profond de la nature de ce but qui fait seul leur supériorité), ils s'en écartaient souvent ou même le manquaient faute d'instruments de précision. Les hématologistes modernes, plus anatomistes que médecins, ont en main ces instruments; mais ils manquent le but, faute de le comprendre. Leur précision est dès lors sans profit immédiat pour la pathologie. Les matériaux qu'ils amassent sont encore sur le terrain des sciences accessoires: il faudra les transporter sur celui de la médecine.

Ces deux sortes d'analyses du sang, l'analyse anatomique et l'*analyse médicinale*, étaient déjà en présence au temps de Bordeu. Les voici opposées l'une à l'autre par cet illustre physiologiste.

« Les physiciens trouveront dans le sang de la sérosité, des parties fibreuses; les autres voudront, comme dans le lait, y noter les parties grasses, butyreuses, caséeuses et aqueuses. Cette comparaison du lait avec le sang sera d'autant plus remarquable qu'elle se trouve dans les œuvres d'Hippocrate. Les autres ne voudront point de corps graisseux ou butyreux dans le sang. Ceux-ci le voudront composé de globules dont ils compteront le nombre, sans qu'on ait à leur chercher chicane sur leurs calculs

très-arbitraires ; ils porteront même les choses jusqu'au point de voir ou d'imaginer des globules éclatés et mis en pièces, comme cela arrive à des globules de verre ; et les gens sensés ne feront pas grand cas de ces enfantillages. D'autres verront le sang trop épais, trop liquide, doux-aigre. Les uns prétendront qu'il s'échauffe par l'attritus entre les globules et les solides, et les autres n'en croiront rien. Ils calculeront la quantité de sang que peut contenir chaque individu, et ils ne la fixeront pas mieux qu'ils ne fixèrent la force du cœur et celle de l'estomac, sur lesquelles on a écrit tant de niaiseries. Ils essayeront de trouver le poids spécifique de chaque partie du sang, de chaque humeur qui en sort, et ils s'amuseront sur tous ces objets sans rien déterminer. Ils parleront d'hydraulique, et on leur dira : Laissez là vos vaisseaux morts et insensibles à l'aiguillon de la vie méconnu par les physiciens et par les anatomistes, non moins que par les chimistes ordinaires.

« Nous marcherons un peu autrement avec les médecins pour pénétrer dans la composition de la chair fondue ou liquide qui roule dans les vaisseaux des animaux, et nous suivrons une route bien simple *et bien naturelle*. Nous examinerons les corps qui vont entrer dans la masse du sang pour la renouveler, pour en entretenir la durée et l'usage, de même que les corps qui sortent de la masse animale pour la purifier. Nous tâcherons de saisir ces corps nourriciers et excrémentitiels, au moment le plus approchant qu'il soit possible de leur union avec la masse, et pendant qu'ils tiennent encore à l'animalité. Nous demeurerons attentivement fixés à l'histoire et aux modifications de l'état sain et à celles de l'état de maladie, ayant toujours sous les yeux *l'individu vivant*, *l'animal entier*, tel que se comporte, par exemple, l'œuf que la poule couve *actuellement*. Enfin, nous avons à étudier l'homme et ses parties *actuellement vivantes et occupées à leurs fonctions*. »

Bordeu a raison : le sang, *cette chair fondue*, en qualité de vivant, n'a de réactif propre que l'organisme ; tous les autres réactifs le tuent comme sang, et détruisent son unité ou sa vie avant de manifester quelqu'une de ses propriétés mortes. Mais si Bordeu a raison d'être, avant tout, médecin, de tout rapporter à la connaissance médicale, de subordonner à l'observation physiologique de l'*individu vivant*, et de coordonner aux phénomènes de l'*animal entier* toutes les données de l'observation physique, il a tort de se moquer de ces données et des moyens qu'on peut prendre pour les obtenir. Il encourt justement la critique contraire, et il fait si bien que, poussé par un trop violent désir d'extirper une erreur, il ne contribue qu'à l'enraciner davantage. Que restera-t-

il, en effet, de toutes ces cachexies, de toutes ces pléthores cacochymiques qu'il a entrevues avec tant de sagacité ? Rien, si l'observation moderne ne vient nous les démontrer avec sa louable rigueur. Seulement, on peut lui prédire qu'elle n'y arrivera jamais, tant qu'elle subordonnera les faits vitaux aux faits anatomiques et chimiques.

Quoi qu'il en soit, les diverses pléthores morbides ou diathésiques présentent, à un degré bien plus prononcé que la pléthore physiologique, les accidents propres aux troubles de l'hématose et de la circulation qui indiquent une surcharge de l'appareil vasculaire et appellent l'emploi des évacuations sanguines. Non-seulement elles les présentent avec des symptômes plus graves et des souffrances d'une nature plus expressément pathologique, mais elles sont bien plus fécondes en affections de toutes sortes : congestions, phlegmasies, hémorrhagies, altérations organiques diverses.

Ce qui, du point de vue thérapeutique, domine l'étude de ces accidents, c'est qu'ils peuvent exister et existent très-souvent chez des individus non sanguins par tempérament, et dont les affections ne sont point de celles qui, par nature, offrent l'indication des saignées. Il ne s'agit point ici, comme dans la pléthore physiologique, d'une augmentation naturelle de la proportion normale des globules, etc., mais d'états morbides dans lesquels les propriétés vitales du sang, pathologiquement surexcitées comme par un poison, produisent sur les vaisseaux une impression, d'où résulte une pléthore artificielle que la saignée seule peut calmer. Réciproquement, une susceptibilité morbide plus grande des vaisseaux pour le sang produit, d'une autre manière, une pléthore morbide qui réclame aussi le secours des émissions sanguines. Nous avons vu des hystériques dans ce dernier cas : une saignée seule faisait tomber cette pléthore artificielle et relative. L'école du contra-stimulisme italien prétend posséder des moyens d'apaiser ces surexcitations morbides de l'appareil vasculaire. La digitale, l'aconit, le laurier-cerise, le colchique, la scille, le sulfate de quinine, le camphre, etc., sont vantés par elle comme spécifiques pour produire cet effet. Nous ne nions pas la réalité de l'action sédative que peuvent exercer directement sur les vaisseaux sanguins les moyens dont il s'agit ; mais il faut ajouter que leur influence est très-incertaine, qu'elle s'use vite, et qu'il est très-souvent impossible de porter ces médicaments aux doses nécessaires pour produire efficacement la sédation.

C'est dans la pléthore morbide qu'on voit le plus souvent les symptômes n'être pas manifestés par l'appareil circulatoire siége

de l'affection, mais être réfléchis sur d'autres appareils. Chaque espèce de pléthore morbide a aussi quelque chose de spécial dans ses symptômes, et se décèle par des formes particulières.

Pour bien comprendre ceci, il faut rappeler deux principes de pathologie générale que nous avons énoncés souvent, et que nous ne cesserons de reproduire chaque fois que se présentera une occasion nouvelle de les appliquer. Les voici :

1° Une diathèse quelconque, quoique manifestée ordinairement par des symptômes connus et affectant un siége d'élection, peut néanmoins se manifester dans tous les points de l'économie et sous les formes les plus insolites. Le tableau symptomatologique de ces affections peut en outre se décomposer et se réduire à un nombre de symptômes beaucoup moins considérable que ne le portent les nosographies, à un seul même et au plus minime d'entre eux.

2° Chaque symptôme d'une diathèse ou d'une affection spéciale quelconque, quoique seul et isolé, est néanmoins marqué au cachet de cette diathèse. Il la représente, à lui seul, par des propriétés spéciales comme l'ensemble la représente non-seulement par le caractère particulier de chacun des éléments, mais encore par celui de leur coordination spéciale. L'unité de la diathèse doit se retrouver aussi bien dans chaque partie à l'infini que dans le tout, que dans la maladie nosographiquement complète.

On voit de suite que la première de ces propositions n'aurait ni valeur ni moyen d'être démontrée sans la seconde.

Il résulte de là, que toutes les diathèses pourront se traduire par les affections de l'appareil circulatoire qu'on nomme pléthores, congestions, etc. C'est aussi ce que prouve l'observation.

Hâtons-nous de dire, qu'il ne faut pas confondre la pléthore morbide avec la pléthore cachectique dont nous parlerons dans un instant. Ce dernier genre de pléthore est appréciable anatomiquement et consiste en une augmentation de la masse sanguine au profit de la sérosité seulement, les globules étant ordinairement au-dessous de leur chiffre normal; c'est la polyémie ou pléthore séreuse. Nous préférons ces dénominations à celle *d'hydrémie*. La pléthore morbide ou diathésique peut dégénérer en pléthore cachectique, mais elle en est distincte; nous la faisons consister effectivement en une affection formée des symptômes ordinaires de la pléthore et des caractères spéciaux d'une diathèse. Or, l'expérience thérapeutique ou le diagnostic médical permet de diviser en deux classes très-tranchées les pléthores morbides :

1° Celles où les caractères particuliers d'une affection diathé-

sique se manifestent par les symptômes de la pléthore chez des individus à tempérament sanguin, qui présentent en même temps les conditions des diverses formes de la pléthore physiologique. Alors, le sang est riche en globules, ou bien l'appareil vasculaire jouit d'une grande vitalité, etc., et le malade présente, unis aux caractères de la pléthore physiologique, ceux de quelque diathèse.

2° Celles où les caractères particuliers d'une affection diathésique se manifestent par les symptômes de la pléthore, chez des individus non sanguins, et qui sont loin de présenter naturellement les conditions des diverses formes de la pléthore physiologique. Alors, sans que le sang soit riche en globules, sans que l'appareil vasculaire jouisse d'une grande vitalité, le malade présente les caractères pathologiques de la pléthore ; et pourtant, nous le répétons, il n'en a ni les conditions anatomiques, ni les conditions physiologiques.

Du point de vue thérapeutique, qui doit être ici tout à la fois et notre but et notre principe de certitude, cette distinction est d'une haute importance. Nous l'avons déjà dit, le point capital, dans l'étude clinique des pléthores morbides, c'est qu'elles peuvent exister chez des individus non sanguins, et même chez des individus où normalement la constitution du sang est fort peu riche. La fibrine, dont l'excès de proportion forme un des caractères anatomiques de l'inflammation franche, naturelle, de celle qu'avec Hunter nous nommons *saine* ou physiologique, la fibrine augmente-t-elle de quantité dans les phlegmasies liées à une affection générale, à une fièvre grave, à une maladie spéciale et de mauvaise nature ? On sait que non. Eh bien ! nous pensons qu'il en est ainsi des pléthores morbides relativement à la pléthore physiologique, et qu'elles peuvent exister sans cette augmentation du chiffre des globules qui est le caractère anatomique de la pléthore *quoad crasim*.

La conduite du médecin, en face de cette sorte d'accidents pléthoriques, est très-difficile ; elle l'est, quant à la thérapeutique et à l'appréciation de l'opportunité des émissions sanguines, parce qu'elle l'est singulièrement quant au diagnostic et au pronostic. C'est aux sujets dont il s'agit que sont spécialement applicables les remarques générales que nous avons faites plus haut sur le diagnostic de la pléthore, sur la décomposition de ses symptômes, sur ses anomalies, etc. On voit souvent alors cette affection se manifester par un seul phénomène, sans autre signe indicateur de plénitude ; mais ce symptôme n'a pas le caractère d'une simple perturbation physiologique ; il a un caractère insolite et morbide,

un cachet de maladie, et presque toujours il est un signe de congestion sanguine de la partie où il a son siége. Ces congestions se font ordinairement avec une brusquerie, une soudaineté rares dans les congestions symptomatiques de la pléthore physiologique ; elles offrent aussi des indications beaucoup plus pressantes. L'utérus est bien souvent le foyer de ces fluxions symptomatiques. La tête, les poumons, etc., y sont fort sujets, et il se joint presque toujours, nous le répétons, aux troubles fonctionnels de ces parties diverses, quelque chose de morbide, comme une douleur très-vive, un spasme, et mille autres sensations contre nature, étrangères au tableau de la pléthore saine ou physiologique.

Les accidents propres de la pléthore morbide ont aussi pour effet d'exciter beaucoup d'accidents sympathiques. Ces accidents congestifs affectent encore une mobilité et des anomalies de marche et de forme inconnues dans la description de la pléthore physiologique. Celle-ci ne s'élève pas jusqu'à l'état fébrile, aux irritations, aux phlegmasies; la pléthore morbide, au contraire, dure rarement quelque temps sans passer à cet ordre de phénomènes décidément pathologiques. Aussi, lorsqu'elle se manifeste par les symptômes communs de la pléthore générale, ce n'est presque jamais sans des sensations morbides, sans des caractères tout spéciaux, qui révèlent l'action d'une cause différente de celle qui produit la simple surcharge ou la surexcitation physiologique de l'appareil des vaisseaux sanguins. On peut en prendre une idée assez juste en remarquant ce qui se passe chez un individu, où des accidents pléthoriques et congestifs se sont développés sous l'influence d'un empoisonnement. C'est ainsi que la pléthore morbide offrira quelquefois des symptômes analogues à ceux qui caractérisent la pléthore toxique que produit l'opium, à une certaine dose. Nous avons observé bien des fois ces symptômes ; ils constituent ce que M. Récamier appelle un narcotisme spontané. Une saignée les dissipe, ou du moins les modifie avantageusement. Dans d'autres cas, les symptômes de la pléthore morbide ressembleront en partie à ceux que produit la belladone, quelquefois à ceux que détermine l'ergot de seigle, c'est-à-dire qu'ils consisteront en des constrictions douloureuses, etc. Chez certains sujets, ils s'accompagneront plutôt des accidents qu'on observe, soit après l'administration des préparations iodiques, soit après celle des préparations résineuses : ce seront des irritations cuisantes de la conjonctive ou des fosses nasales, des démangeaisons ardentes de quelques points de la peau, des enrouements douloureux, des fluxions aux seins avec picotements,

du prurit à la vulve, etc. Ces rapprochements aident à faire comprendre la nature des accidents pléthoriques et congestifs, formés sous l'influence d'un principe morbide, d'une diathèse, que la modification vitale, produite par l'agent toxique, représente assez bien dans les exemples que nous avons choisis.

Tels sont les caractères généraux de la pléthore morbide ou diathésique. Mais chaque espèce a aussi ses caractères particuliers comme l'affection générale ou la diathèse dont elle est une manifestation spéciale. C'est ici que le diagnostic est véritablement très-difficile. Heureusement que le médecin peut en puiser les éléments à d'autres sources qu'à celles que lui offrent les seuls symptômes actuels de l'état morbide. La constitution pathologique du sujet, le souvenir de la nature de ses maladies antérieures et de celles de ses parents, etc., suffisent pour mettre sur la voie, et alors les symptômes actuels trouvent l'explication de leur forme et de leurs singularités dans ces précieuses données.

Lorsque le principe morbide générateur des accidents congestifs et pléthoriques est bien formé et bien déterminé, il y a dans le groupe symptomatologique, il y a dans chaque symptôme de ce groupe, et dans le seul accident où se manifeste quelquefois toute l'affection, des caractères évidemment représentatifs de sa nature spéciale. Le médecin sagace saura les saisir et remonter par eux au diagnostic général, comme, en histoire naturelle, on reconstruit tout un animal, une de ses parties étant donnée, et même une partie de cette partie, parce que, faite pour le tout, elle le représente à son point de vue pour celui qui sait observer.

Le caractère des affections goutteuses est la mobilité, la sensation constrictive et pertérébrante, la périodicité, le sentiment de distension, l'opiniâtreté, la *veinosité*, si on veut nous permettre cette expression. Porté sur les muscles, le principe de la goutte y produira la sensation de la crampe; au cerveau, celle du vertige et de l'obnubilation, avec irritabilité du caractère; dans les voies digestives, l'anxiété et les flatulences; dans l'appareil urinaire, la strangurie, etc. Ces divers caractères se trouveront plus ou moins nets et complets dans les symptômes de la pléthore et des congestions goutteuses.

La brûlante intensité de la douleur, la sensation de prurit, d'ardeur, d'âcreté, caractériseront la nature dartreuse d'un phénomène morbide, quelle que soit sa forme; et ces caractères tout subjectifs accuseront bien mieux encore l'espèce de la diathèse, si la personne chez qui ils se rencontrent est maigre, haute en couleur; si elle a la peau du visage comme tatouée de rouge cru et sans nuances, le tissu des lèvres fragile, le bord des paupières

briqueté par une irritation chronique sèche ou non sécrétante, et en général le tégument externe sans souplesse et un peu rude au toucher, quoique diaphane et délicat.

Ces traits généraux indiquent d'autant moins infidèlement la nature de la diathèse, à laquelle sont liées les perturbations hématosiques dont nous parlons, que la coexistence de deux diathèses dans l'organisme est une chose fort rare. En effet, ces états semblent s'exclure réciproquement, à moins toutefois qu'ils ne se fondent en un seul où dominent alors, plus ou moins, les caractères de l'un des deux facteurs. Ces fusions sont fréquentes entre la goutte et la dartre, entre celle-ci et la scrofule, etc. Or, lorsque, chez un individu, existe quelque diathèse prononcée, on peut presque sans crainte rapporter à cette disposition morbide tous les accidents constitutionnels qui s'élèvent dans l'économie, malgré les différences nosographiques, souvent considérables, qui séparent ces symptômes de ceux sous lesquels les auteurs classiques ont coutume de connaître et de peindre la diathèse dont il s'agit.

La pléthore morbide n'a pas, avons-nous dit, de caractère anatomique appréciable. Il ne faut pas y chercher l'excès de proportion de tel ou tel élément, car c'est une pléthore morbide, c'est-à-dire une affection du sang et de son appareil spécial. Or, le sang peut être affecté comme vivant, sans l'être dans les rapports de forme ou de quantité de ses éléments anatomiques. C'est ce qui est universellement admis pour les tissus vivants, et c'est ce qui n'est pas moins vrai de cette chair coulante qu'on nomme le sang. Toutes les maladies artificielles ou les intoxications qu'on peut faire subir au sang sont capables de produire en lui et dans son appareil les perturbations qui nous occupent, sans y apporter néanmoins des changements anatomiques appréciables. Qu'on veuille se rappeler d'ailleurs que nous faisons ici une analyse bien plus médicale qu'anatomique, ou, en d'autres termes, que nous cherchons à apprécier l'état morbide du sang et de l'appareil hématosique, bien plus en étudiant les phénomènes vitaux les uns par les autres, qu'en les soumettant à des investigations physiques.

Lorsque la pléthore morbide coïncide avec la pléthore physiologique, les émissions sanguines ont des indications très-saillantes, plus saillantes même que celles de la pléthore physiologique la moins douteuse. Il faut tirer du sang assez largement; rarement on peut se dispenser d'y revenir, car le besoin est double en quelque sorte. Les agents secondaires de la médication antiphlogistique sont aussi bien plus utiles pour seconder et as-

surer l'efficacité des évacuations de l'appareil circulatoire. Il est généralement bon d'employer concurremment les cathartiques, les boissons acides ou dépuratives, les bains tempérés, le régime lacté, délayant et végétal ; c'est bien souvent alors le cas des exutoires. Mais, dans les pléthores morbides des sujets faibles et d'une constitution sanguine plutôt pauvre que riche, la difficulté, les perplexités même sont souvent extrêmes ; c'est dans ces circonstances que seraient inappréciables les médicaments directs, que l'école italienne prétend posséder pour produire une sédation immédiate de l'appareil circulatoire. Il est bien rare que les voies digestives puissent tolérer quelque temps ces divers moyens, car elles sont, en général, fort irritables chez les personnes auxquelles nous faisons allusion.

On est donc trop souvent réduit à tirer du sang pour faire cesser ces accidents, parce que c'est le seul moyen qui soulage et prévienne des maux plus grands. Tous les jours nous saignons à regret des femmes tourmentées par des symptômes de pléthore morbide ou diathésique, qui, par leur âge, leur constitution et la nature de l'affection à laquelle elles sont sujettes, réclameraient bien plutôt des moyens opposés, s'ils pouvaient être employés impunément. Mais on nuirait plus encore par ces moyens que par la saignée. Celle-ci est, nous le répétons, la seule voie de soulagement, le seul préventif d'états morbides plus graves ; c'est un moindre mal, il est vrai, un simple pis-aller ; mais les malades l'invoquent, et les médecins s'estiment encore fort heureux de pouvoir le leur offrir. Plus heureux toutefois ceux de ces malades, chez qui la nature a quelque tendance à résoudre par des flux, par des évacuations humorales, ou par des phlegmasies suppuratives habituelles et peu graves, les troubles locaux ou généraux de l'appareil circulatoire ! car, chez ceux qui suppurent difficilement, *qui ont peu d'humeurs*, chez qui les exutoires se sèchent quoi qu'on fasse, les hémorrhagies spontanées ou les évacuations sanguines sont les seuls modificateurs efficaces.

Un autre fait éminemment propre à démontrer que les pléthores locales ou générales dont nous traitons sont morbides, c'est-à-dire symptomatiques d'un principe morbide ou d'une diathèse, c'est le succès merveilleux d'une hémorragie spontanée, quelquefois minime en quantité, comparé à l'insuccès des évacuations sanguines artificielles pratiquées auparavant. Le retour, l'apparition des règles supprimées, quelques gouttes de sang rendues par le nez, par l'anus ou par un cautère, font souvent tomber un appareil symptomatique formidable, que n'avaient pu

modifier d'abondantes saignées. On n'observe jamais rien de pareil dans les pléthores physiologiques véritables.

Il est bien entendu que, dans ces divers cas, le praticien aura toujours devant les yeux la pensée de la diathèse dont les accidents de l'appareil circulatoire sont symptomatiques, et qu'il agira avec cette circonspection qu'on doit apporter dans l'application des antiphlogistiques aux maladies chroniques, où, en détruisant les symptômes et les états organiques, on n'attaque pas radicalement et du même coup le principe de la maladie.

Pléthore cachectique. — Après les pléthores physiologiques et les pléthores morbides, viennent dans un ordre naturel les pléthores cachectiques, qui elles-mêmes, et à défaut de moyens spécifiques ou directs, ne sont pas sans présenter quelquefois l'indication des émissions sanguines.

La pléthore cachectique est celle où la masse du sang est, ou paraît augmentée dans sa quantité totale, malgré une diminution plus ou moins grande de la proportion normale de ses parties rouges ou de ses globules.

L'excès de la masse sanguine est alors formé par la sérosité, et dans celle-ci l'eau est l'élément qui s'est principalement accru. Il ne faudrait pas croire pourtant que cette pléthore soit purement quantitative ou *quoad molem*, suivant l'expression des anciens. Elle offre à observer non-seulement un état anatomique, mais des symptômes. Sans ceux-ci, elle n'existerait ni pour le médecin ni pour le malade ; ou bien, elle ne serait qu'une bouffissure générale, une pléthore séreuse purement passive, quelque chose comme l'anasarque. Les symptômes qu'elle présente accusent, au contraire, une surstimulation des vaisseaux sanguins. Cette surstimulation a pour cause efficiente une réaction spontanée de l'appareil circulatoire contre l'inanité et la faiblesse où le jette toute anémie naturelle ou accidentelle, morbide ou hémorragique. Elle a pour conséquence une formation surabondante de sérum, caractère anatomique de la pléthore cachectique; puis un redoublement d'énergie motrice dans les organes circulatoires, caractère symptomatique de cette même pléthore. La surstimulation dont il s'agit diffère donc beaucoup de celle qui distingue les vraies pléthores; elle en est même l'opposé, car elle semble consister dans une irritabilité excessive des cavités circulatoires déterminée par l'appauvrissement du sang, de même qu'on voit le tube digestif animé d'une irritabilité extraordinaire lorsqu'il est trop longtemps privé d'aliments. Tel est, en effet, l'éréthisme, ou, pour parler le langage ontologique du vitalisme péripatéticien, la surexcitabilité des forces agissantes d'un organe,

déterminée par l'affaiblissement de ses forces en puissance.

Le type physiologique de la pléthore séreuse nous est offert par les individus qui ont éprouvé des pertes de sang considérables. Chez quelques-uns, en effet, mais non chez tous, elle se développe comme conséquence immédiate de l'anémie proprement dite. Bien que ces cas ne nous intéressent en rien sous le rapport pratique, et que, à quelque degré que s'élève une pareille pléthore, elle ne puisse jamais fournir l'indication de la saignée, il est pourtant utile de s'y arrêter un instant, comme à un point d'où l'on aperçoit plus facilement le mode de formation de l'état morbide qui nous occupe, et d'où l'on peut observer quelques faits propres à confirmer les opinions, que nous avons eu occasion d'émettre sur le rôle de l'appareil circulatoire dans la pléthore en général.

M. le docteur Beau, qui s'est accupé avec un art infini et un talent remarquable de la théorie des bruits artériels et des conditions où ces bruits se produisent, pense que les matériaux de la pléthore séreuse, qu'il nomme *post-hémorragique*, sont fournis par l'eau des boissons que prennent les malades après leurs pertes sanguines. Il est vrai que ces malades sont tourmentés par une soif très-vive, et que quelquefois ils boivent abondamment. Mais nous affirmons avoir vu des individus qui, à la suite d'énormes hémorragies, étaient presque entièrement privés de boissons (pour des raisons particulières, telles que, par exemple, la crainte de déterminer des vomissements dans des cas d'hématémèse considérable), et qui n'en offraient pas moins, dès le lendemain ou le surlendemain, tous les symptômes et tous les signes de la pléthore cachectique. Dira-t-on qu'en pareil cas l'évacuation des vaisseaux surexcite les propriétés absorbantes des veines et des lymphatiques, et que par eux une pluie de sérosité inonde et remplit l'appareil circulatoire? Mais il faudra renoncer à cette explication précaire dans les cas de pléthore séreuse spontanée, comme la chlorose, par exemple. Pourquoi ne vouloir faire des vaisseaux, ce vaste système qui forme, à lui seul, presque toute l'organisation, qu'un assemblage de tuyaux inertes? Leurs parois ne sont-elles pas intérieurement tapissées par une membrane séreuse? A quoi bon? Peut-être n'est-ce que pour faciliter le roulis des globules, empêcher que des brins de fibrine ne s'accrochent en passant aux cerceaux de la membrane moyenne, ou que le sang ne filtre et ne s'échappe à travers les fibres de cette membrane ?... Personne, sans doute, n'oserait tirer de l'iatromécanique ces conséquences grossières; et pourtant, elles y sont contenues, et la critique doit les y signaler.

Les membranes séreuses sont les organes formateurs de la sérosité. Or, puisque l'appareil circulatoire est partout pourvu d'une membrane de ce genre, il a en lui tout ce qu'il faut pour produire cet élément du sang, et dès lors il n'a pas essentiellement besoin qu'on le lui transvase du dehors comme on le ferait dans une pompe inerte, incapable de former elle-même l'eau qui circule dans ses cavités. D'ailleurs, cette cause extérieure et purement auxiliaire, empruntée à l'ingestion des boissons, n'explique que la moitié de la pléthore séreuse, ne rend compte à sa manière que du fait anatomique qui est l'un des caractères de cet état morbide, savoir : l'excès de proportion du sérum. D'où vient, dans cette hypothèse, l'autre élément bien plus important, l'élément physiologique de la pléthore? cette irritabilité de l'appareil circulatoire, ce surcroît d'énergie sensitive et motrice déployé dans des conditions qui sembleraient au contraire devoir jeter cet appareil dans l'impuissance et la langueur ? vient-il aussi des boissons aqueuses et tempérantes absorbées par le malade ?...

Ce qu'il y a de certain, ce que nous avons observé bien souvent, et ce que M. Beau a mieux signalé que personne, c'est qu'après les grandes et brusques spoliations sanguines, le système vasculaire entre en réaction, et qu'alors, les malades présentent une impulsion cardiaque plus énergique, un pouls plus développé, un ébranlement général et vibratile, une surexcitation plus grande et plus brusque de tout l'appareil circulatoire qu'avant la perte de sang. Mais nous pensons, nous, que cette réaction est spontanée, qu'elle a pour organe tout l'appareil circulatoire, c'est à dire qu'elle met simultanément en jeu les propriétés hématosiques et les propriétés motrices de cet immense appareil vivant. Nous pensons qu'il ne faut ici, pour le fait anatomique et pour le fait physiologique, qu'une seule explication, parce qu'à cette réaction, à cette irritabilité augmentée, il ne faut qu'une cause, mais une cause physiologique, une cause intrinsèque, une cause fonctionnelle ou finale. L'appareil circulatoire, exténué par une grande évacuation sanguine, éprouve, comme aurait dit Hunter, *le stimulus de la nécessité*, c'est-à-dire que l'énergie des mouvements qui l'agitent a sa raison dans le pressant besoin d'une signification nouvelle. A cette raison, que conçoit notre esprit, répond dans l'appareil vasculaire une cause efficiente : c'est la force hématosique dont est doué cet appareil qui, en vertu des lois de conservation communes à tous les organes vivants, tire de lui-même de nouvelles actions et des produits nouveaux avec d'autant plus de vivacité, mais avec d'au-

tant moins de modération, de régularité et d'harmonie, que les sources intrinsèques de son activité sont plus affaiblies. C'est, du reste, comme nous l'avons dit déjà, la théorie de tous les spasmes qu'on appelait autrefois *spasmes par atonie*.

Que les boissons prises par le malade puissent fournir un aliment à ces formations nouvelles, c'est ce qui n'est pas douteux, pas plus qu'il ne l'est que la nourriture solide, qu'il va prendre, fournira à la réparation des parties plus animalisées dont le sang a été dépouillé. Quand nous disons que l'appareil des fonctions indivisibles de l'hématose et de la circulation forme le sang et tire de lui-même ses produits, il est trop évident que nous n'entendons pas supprimer l'appareil digestif et soutenir que l'animal peut vivre sans boire ni manger.

Seulement, nous prétendons que les organes de la circulation ont par eux-mêmes une puissance de sanguification ; qu'ils ne vivent, qu'ils n'agissent que pour imprimer, et qu'en imprimant sans cesse les propriétés du sang aux matériaux que leur livre sans cesse le tourbillon de la nutrition. Or, il est impossible de fixer *à priori* les limites, dans lesquelles se balance cette puissance de sanguification ; car personne ne peut mesurer aisément le point où finit d'agir la force qu'on appelle plastique, génératrice, et que nous nommerons en ce moment *multiplicatrice*. Elle varie infiniment suivant les circonstances et les individus. Ce qui est hors de doute, c'est que, si elle ne rendait que ce qu'elle reçoit du dehors, la mort par inanition serait aussi commune qu'elle est rare dans les maladies.

Nous l'avons déjà dit : tout acte de nutrition, d'assimilation, n'est essentiellement qu'un acte générateur. Dès lors, la molécule alimentaire, qu'elle vienne du dehors ou qu'elle soit récrémentitielle, doit être considérée, non comme une molécule inerte qui va se coller à une autre et l'augmenter par juxta-position, mais comme une semence qui, en touchant la partie qu'elle est destinée à accroître ou à renouveler, ne fait que la féconder, et sème ainsi la vie et ses produits sur tous les points qu'elle imprègne. Cette puissance d'intussusception varie extraordinairement chez les divers individus et suivant un grand nombre de circonstances intérieures données. Chez celui-ci, elle est énergique avec une alimentation légère, faible chez cet autre, malgré une réparation abondante. Une partie de chyle ou de lymphe va multiplier comme dix le sang de tel individu. La même partie en quantité le multipliera comme cinq chez un autre. Puis, une partie déterminée de sang multipliera les chairs, la graisse, comme vingt chez celui-ci, et comme dix chez celui-là, etc.

Nous avons déjà indiqué cette théorie générale à l'occasion de la pléthore vraie, et nous ne craignons pas d'y revenir ici, parce que, comme il est facile de le voir, elle est la base de toutes les idées que nous avons émises sur cet important sujet. D'ailleurs, que faisons-nous autre chose en ce moment que de traiter des déviations *fonctionnelles* de l'appareil de l'hématose et de la circulation? Or, comment, sans ces explications, nous faire comprendre d'un lecteur, qui ne voit avec l'école dans les troubles circulatoires que des déviations de *mouvement* et des variations de *quantité*?

La théorie que nous combattons actuellement, conçue d'un point de vue mécanique et appliquée à un système vivant, ne peut embrasser dans une seule idée tous les faits de la pléthore séreuse ; elle manque donc d'unité. Obligée de demander à deux ordres différents de phénomènes les éléments de son explication, elle sera nécessairement frappée d'impuissance en face des pléthores séreuses spontanées, pour l'intelligence desquelles on ne peut invoquer ni la perte visible et mécanique d'un liquide, ni l'ingestion visible et mécanique d'un autre liquide.

Nous n'ignorons pas de quelle manière spécieuse on peut essayer de dissimuler ces lacunes et de pallier ces contradictions ; car nous savons que dans l'élaboration d'un système quelconque, il est toujours facile de trouver des circonstances qui, liées plus ou moins immédiatement au fait qu'on veut expliquer, semblent par là le produire essentiellement et être sa vraie cause. La dyspepsie, affection commune dans le cours des états morbides où l'on observe la pléthore séreuse, se présente donc tout naturellement pour fournir à elle seule l'explicatiou cherchée. Elle remplacera l'hémorrhagie : on devine comment. L'ingestion des boissons fera le reste.

Ce n'est pas ici que nous pouvons entrer dans les détails suffisants pour réfuter les arguments tirés de ces faits ; mais, sans nier, en thèse générale, l'influence de digestions imparfaites sur l'appauvrissement du sang, nous ne pouvons accorder que la cachexie chlorotique ne soit que l'effet d'une mauvaise digestion, l'hypocondrie qu'une mauvaise digestion, la cachexie saturnine et toutes les autres pléthores séreuses qui accompagnent les diverses cachexies, que le simple effet de digestions mal faites, etc. Nous voyons chaque jour des phthisiques qui mangent peu, digèrent mal, boivent beaucoup, sont réduits à un état cachectique profond, et sont pourtant dans le marasme sans pléthore séreuse. Puis, à côté d'eux, nous en observons d'autres qui conser-

vent de l'appétit, de bonnes digestions, ne sont guère moins cachectiques, et ne sont pas plus pléthoriques.

Il est des jeunes filles à diathèse tuberculeuse, dont les poumons renferment ou non quelques tubercules crus. Elles présentent tous les caractères de la chlorose, et sont dans les conditions les plus puissantes qu'exige pour la formatiou de la pléthore séreuse la théorie que nous discutons. Néanmoins, ces jeunes filles restent longtemps dans un tel état sans présenter les phénomènes de cette espèce de pléthore.

Si les chémiâtres, qui s'amusent aujourd'hui à façonner de si ingénieuses théories sur la digestion et l'hématose, voulaient observer la nature au lieu de la contrefaire dans leurs laboratoires, nous les prierions d'examiner deux types bien intéressants : la boulimie, d'une part; et, de l'autre, certaines anorexies physiologiques chez des hommes, et surtout chez des femmes grasses et très-sanguines.

Nous avons actuellement sous les yeux des boulimiques dont voici les traits les plus saillants : appétit excessif; digestions très-rapides et parfaites, à en juger par l'absence de tout symptôme de dyspepsie; constipation; urines normales pour leur quantité et leur composition; absence de soif, de sueurs, en un mot, de toute excrétion qui, par son excès, puisse expliquer le besoin d'une réparation si considérable. Mais ce qui est ici beaucoup plus significatif, c'est que ces personnes présentes et présentaient déjà, un peu avant le développement de la boulimie, des signes incontestables d'anémie, sans aucune cause appréciable. Il paraîtrait donc que, chez elles, une anémie s'est développée spontanément, c'est-à-dire qu'affecté d'un état nerveux particulier, l'appareil circulatoire a été frappé d'une sorte d'anématosie comme dans l'hypocondrie ou la chlorose (et, en effet, ces personnes sont hypocondriaques), et que l'organisme ayant été jeté dans l'inanition par la privation d'un sang suffisant, l'appareil digestif a manifesté ce besoin par un appétit excessif et des digestions rapides, comme il l'aurait fait si on ne lui eût fourni que des aliments ou trop peu nourrissants ou en trop petite quantité. Quoi qu'il en soit de cette explication, le fait reste : il prouve que l'hypocondrie peut affecter d'emblée l'appareil circulatoire, et que cette affection idiopathique peut produire l'anémie, malgré la perfection des opérations digestives.

Veut-on la contre-épreuve de ce fait et de l'exactitude de cette opinion? La voici dans le second type que nous avons annoncé. Qui n'a vu cent fois des personnes très-grasses et très-sanguines être affectées d'une sorte d'anorexie naturelle? des personnes à

qui il suffit par jour, pour toute alimentation, de quelques onces de pain, de fruits, de légumes, d'un peu de laitage? qui ne mangent pas de viande, etc.? Et, pourtant, ces personnes sont pléthoriques; le sang les incommode; il faut les saigner, etc.... Leur appareil circulatoire a une force de sanguification si énergique, qu'il tire de lui-même assez de sang pour n'avoir presque pas besoin que les matériaux lui en soient fournis par des substances alibiles. Alors, les organes digestifs n'ont qu'une très-faible capacité appétitive et assimilatrice. Aussi, chez ces personnes, les indigestions sont très-faciles, et l'anorexie est, nous le répétons, un état naturel.

Ainsi, d'un côté, capacité digestive extraordinairement forte, capacité hématosique très-faible; de l'autre, capacité hématosique excessive, capacité digestive minime; double preuve de l'indépendance fonctionnelle relative de deux appareils unis d'ailleurs par des liens très-étroits; nécessité donc de ne pas considérer ces liens comme mécaniques et nécessaires, mais comme résultant d'une association vitale, d'un *consensus* qui peut exister dans une latitude infiniment variable.

On entend chaque jour se plaindre de dyspepsies considérables, des gens dont la sanguification est excellente et la nutrition parfaite. Ces faits, que les chémiâtres n'ont garde d'observer, rentrent dans la théorie que nous venons d'esquisser.

Nous pourrions multiplier sans fin les exemples analogues, et tous viendraient démontrer que, dans la formation de la pléthore séreuse, l'appareil de la circulation et de l'hématose joue un rôle propre, et que l'asthénie et le spasme où il est jeté dans ce cas sont, ou bien l'effet direct d'une affection morbide, telle que la chlorose, l'hypocondrie, etc., ou bien un effet sympathique de l'asthénie d'un autre appareil important. L'appareil de la digestion et celui de la génération sont ceux qui exercent sur lui une influence au degré le plus marqué.

Mais, comme les autres appareils organiques de l'économie, celui de la circulation et de l'hématose a une échelle très-étendue de susceptibilité morbide et de résistance vitale. Il entre aussi en sympathie plus ou moins facilement. Lors donc que, dans une des nombreuses affections où se forment les cachexies et la pléthore séreuse, celle-ci n'existe pas ou existe à peine, malgré les conditions intrinsèques les plus puissantes pour la produire selon la théorie de M. Beau (et ces cas ne sont pas rares), c'est que l'appareil de la sanguification et de la circulation aura résisté à ces conditions, qu'il n'en aura été influencé que faiblement, et qu'en outre, en vertu d'un degré singulier de résistance

vitale, il ne sera pas entré en sympathie morbide avec les autres appareils, et aura pu maintenir ainsi l'intégrité de ses propriétés hématosiques.

Hors de ces idées et dans un système iatromécanique, quel sens peut avoir le *consentientia omnia* du père de la médecine ? Ce *consensus* suppose un concours actif, une coopération propre et spontanée de tous les organes, de toutes les parties de chaque organe, et ainsi à l'infini. Un appareil vivant n'est jamais nécessité à l'action, sans quoi il ne serait pas vivant. Il n'y est qu'excité ; et, suivant ses dispositions natives ou accidentelles, il coopère ou résiste, etc. L'appareil de l'hématose et de la circulation ne fait pas exception à cette loi. Toute machine qui agit autrement est machine faite de main d'homme ; et tel est le moulin dont nous parlions plus haut.

Personne n'oserait dire que les pléthores morbides, qui nous ont occupé dans la section précédente de ce chapitre, sont le resultat de mauvaises digestions. Cela ne serait pas plus exact de ces pléthores que de toutes les dyscrasies sanguines, que de toutes les affections où le sang subit des altérations plus ou moins profondes. L'appareil de l'hématose et de la circulation a une tout autre part qu'une part passive à ces modifications morbides du sang ; il y joue certainement un rôle idiopathique, et n'est pas borné à servir de couloir inerte aux produits de la dyspepsie. Ce qui est vrai des dyspepsies, des pléthores morbides, l'est au même titre des cachexies et de la pléthore séreuse. Le système vasculaire y est affecté pour son propre compte. C'est la vérité que nous avons désiré faire naître dans les esprits. Nous espérons que, malgré les obscurités et les difficultés inhérentes à l'exposition d'une idée nouvelle, le lecteur attentif saura saisir l'unité de principe qui relie tous les traits de l'ébauche grossière que nous venons de donner de la pléthore et des divers autres troubles physiologiques et morbides de la circulation. Nous espérons surtout qu'il verra que, de ce point de vue seul, on peut comprendre l'utilité et le mode d'action des émissions sanguines, et diriger médicalement leur application au traitement des affections si communes dont il s'agit (1).

(1) Les affections idiopathiques de l'appareil circulatoire paraissent jouer un grand rôle dans l'école italienne. Nous disons qu'elles *paraissent*, car le dichotomisme brownien a entièrement faussé cette idée chez les partisans de Rasori. Ils ne considèrent le système vasculaire (ou plutôt le tissu dont il est formé) que comme susceptible d'hypersthénie et d'hyposthénie. Ce n'est donc pas l'appareil de l'hématose et de la circulation qui, pour eux, est susceptible d'affections idiopathiques, puisque, dans cet appareil, ils ne voient qu'un composé de tissus irritables et non l'organe d'une fonction spéciale, pouvant être malade comme tel. Or, on n'est guère plus avancé en admettant une subartérite dans la chlo-

De nos jours, la pathologie et la thérapeutique ne vont pas de pair. La science du diagnostic n'a pas de grands rapports avec la science médicale proprement dite. On ne peut faire cesser cette séparation vicieuse et funeste qu'en reprenant la pathologie du point de vue thérapeutique. Puisqu'on ne fait pas de médecine ou de thérapeutique à l'occasion du diagnostic et de la pathologie, il faut faire du diagnostic et de la pathologie, à propos de médecine et de thérapeutique. Cette méthode est plus naturelle et plus juste qu'elle ne le paraît.

Nous avons dit, en commençant nos considérations sur la pléthore séreuse, que cet état pouvait fournir quelquefois l'indication de la saignée locale et générale. Si, dans l'immense majorité des cas, il en repousse l'emploi, éviter l'erreur n'est pas toujours aussi facile qu'on pourrait le croire. M. Beau, dont les observations et les recherches fort originales sur la pléthore séreuse resteront dans la science, a très-bien montré que cette espèce de pléthore présente plusieurs des caractères de la vraie pléthore. Si l'on remarque, parmi ces caractères, la force et la vibration du pouls, l'impulsion du cœur due quelquefois à un certain degré d'hypertrophie des parois et de dilatation des cavités de cet organe, la dyspnée, les étourdissements, etc., on pourra être tenté d'évacuer les grands vaisseaux. Mais l'existence de bruits artériels, la pâleur et le reste de l'ensemble symptomatologique, détourneront de cette pratique. Pourtant, nous avons vu des chloroses sans pâleur, et même avec persistance d'une coloration faciale très-vive, qui auraient aisément conduit à des essais dangereux.

Quels sont donc les cas rares de cette espèce où peuvent être indiquées les émissions sanguines?

En premier lieu, elles peuvent l'être contre la pléthore séreuse qu'on observe dans les affections organiques du cœur arrivées à leur dernière période. C'est souvent le seul moyen de soulager les malades, de faciliter chez eux la circulation et la respiration, et de faire cesser une foule d'accidents liés à la gêne de ces deux grandes fonctions. Le mode de formation de la pléthore séreuse, dans ces maladies, nous offrirait bien des arguments en faveur de la théorie générale que nous avons proposée, tandis que la théorie contraire n'y trouverait que des objections.

rose ou l'hypocondrie, qu'en faisant une gastrite de ces maladies. En effet, dans un cas comme dans l'autre, dans le physiologisme italien comme dans le physiologisme français, on méconnaît deux vérités fondamentales : 1° le principe de la vie propre des organes et de leur spontanéité ; 2° la distinction spécifique des maladies ; et sans ces vérités, il n'y a ni pathologie, ni nosologie possibles.

En second lieu, les émissions sanguines peuvent être indiquées dans certaines conditions chez les chlorotiques elles-mêmes.

Le fer, avons-nous dit bien souvent, ne guérit pas aussi sûrement la chlorose et la pléthore séreuse chlorotique, qu'une bonne alimentation la pléthore séreuse *post-hémorragique*. C'est que celle-ci n'est pas une maladie. L'état chlorotique va se trouver amendé, guéri en apparence par les ferrugineux. On en suspend l'usage, et les accidents reparaissent. On conjure ceux-ci une seconde fois, mais moins facilement, par les mêmes moyens; une troisième fois, plus difficilement encore; une quatrième fois, pas du tout. C'est alors que, s'il y a pléthore vasculaire dans une constitution forte, absence de toute lésion organique accomplie ou imminente, et surtout si la malade est exempte *de peines de cœur*, *d'affections morales* dont l'influence cachée explique si souvent le caractère rebelle de la chlorose, c'est alors qu'on se trouve bien d'une petite saignée, et que cette faible évacuation peut rendre l'appareil de l'hématose et de la circulation de nouveau sensible à l'action du fer.

On a expliqué l'efficacité de ce remède par des propriétés stomachiques. C'est une nécessité de système. Nous ne nions pas ces propriétés, mais elles nous paraissent secondaires. On l'a expliquée chimiquement, par substitution ou juxta-position, prétendant que le fer ingéré allait remplacer molécule pour molécule le fer perdu. Mais d'abord, comment le fer naturel au sang se perd-il dans la chlorose, et par quelle voie ?...

Il nous semble que le fer agit directement sur les propriétés hématosiques de l'appareil vasculaire, comme le nitre sur les propriétés uropoiétiques des reins, l'iode sur les propriétés altérantes de l'appareil lymphatique. C'est une substance en rapport spécial avec cet appareil. Elle excite immédiatement la sanguification, et favorise particulièrement la formation du cruor et le développement des propriétés stimulantes de cet élément du sang. Or, dans certains cas, l'appareil circulatoire est rebelle à l'action du fer, et alors un modificateur de cet appareil, tel que la saignée, peut lui rendre la susceptibilité à être de nouveau efficacement influencé par ce métal.

Voilà des faits encore inexplicables dans toute autre théorie que la nôtre. Si l'appareil de la circulation a un modificateur propre ou qui agit directement sur la sanguification, c'est qu'il a d'autres vertus que celles de charrier le sang. Si cet appareil est tantôt sensible, tantôt insensible à l'action du modificateur, c'est qu'il n'est pas passif dans la médication ; et pourtant, il devrait l'être dans la théorie où on le considère comme un simple stoma-

chique. Du moment, en effet, où les propriétés hématosiques des préparations martiales sont relatives et subordonnées à l'état vital de l'appareil circulatoire, il est prouvé que cet appareil préside à l'hématose et trouve dans le fer, non un réparateur immédiat de matériaux perdus, mais un excitant spécial à la restauration de ces matériaux.

Enfin, nous devons signaler, en dernier lieu, un cas où la pléthore séreuse et les diverses congestions qui y sont liées peuvent trouver un utile palliatif dans de petites émissions sanguines générales, et surtout locales. Nous voulons parler de l'hypocondrie, principalement chez les femmes.

Cette cachexie n'a pas son remède spécial comme la chlorose. Le fer nuit généralement dans l'hypocondrie. Pourquoi ? On ne le conçoit pas en considérant la cachexie chlorotique comme un résultat de dyspepsie. Jamais on ne fera à volonté une cachexie *spéciale*, une cachexie hypocondriaque, par exemple, en diminuant la quantité ou altérant la qualité de l'alimentation. Combien de dyspeptiques chez qui on n'observe ni cachexie ni pléthore séreuse ! Il n'y a pas plus de raison à donner de l'action efficace du fer dans la chlorose et de son inefficacité dans l'hypocondrie, que de la vertu curative du mercure et de l'inefficacité du quinquina dans la syphilis, et réciproquement, de l'efficacité du quinquina et de l'inefficacité du mercure dans les fièvres de marais.

On observe des hypocondriaques qui ont tous les symptômes attribués mécaniquement à la pléthore séreuse, et chez qui cette pléthore est loin d'exister. Réciproquement, elle existe chez d'autres qui n'en présentent pas les symptômes. Quoi qu'il en soit, les congestions les plus brusques et quelquefois les plus effrayantes ont souvent lieu chez les femmes hypocondriaques, surtout lorsqu'elles sont mal réglées. Ces congestions ont pour siége habituel le cœur, l'utérus, la tête, les intestins; et lorsqu'elles persistent avec des symptômes d'irritation, ce qui est commun, on ne peut plus, à la fin, reculer devant la nécessité des saignées locales. Il s'allume aussi chez elles subitement des fièvres avec pléthore relative, que la saignée des grands vaisseaux est seule capable d'apaiser. Pourtant, leur sang n'est rien moins que riche, sans jamais présenter toutefois, ni la même masse totale, ni la même quantité relative de sérum, ni la même diminution du chiffre des globules que dans la chlorose, autant au moins qu'il est permis d'en juger par les caractères physiques et physiologiques.

Un des points de vue sous lesquels il serait le plus intéressant

et le plus utile d'étudier la pléthore, est celui sous lequel Stahl a envisagé cet état. Les mouvements et les modifications qu'éprouve l'appareil de l'hématose et de la circulation, suivant les âges, sont un des plus graves sujets de la pathologie et de la thérapeutique générales. Nous y trouverions les preuves les plus péremptoires de notre doctrine ; et c'est Stahl qui nous les fournirait, lui qui, systématiquement, n'a pu considérer l'appareil circulatoire que comme une pompe et un tamis, et qui, cependant, ne tarit pas en admirables observations pour démontrer le contraire.

Comment des modifications si importantes, révélées par des phénomènes si spontanés, si indépendants, se passent-elles dans un appareil qui ne serait que passif et ne recevrait que des impulsions étrangères? Comment concevoir qu'en un appareil semblable, puissent s'accomplir des actes qui, loin de subir la loi des autres appareils de l'économie, leur imposeraient la leur ? et qu'est-ce donc que le tempérament sanguin, s'il ne résulte de l'influence dominatrice de l'appareil circulatoire sur tous les autres appareils de l'économie? Comment, encore un coup, un appareil passif qui recevrait tout d'ailleurs et ne tirerait rien de lui, imprimerait-il son caractère à tout le reste, même aux parties de qui il est supposé recevoir et ses matériaux et son action ?.....

C'est chez les individus doués de ce tempérament, et qui, comme nous l'avons dit plusieurs fois, ne sont pas tous robustes et rubiconds, qu'il est utile de savoir diriger et modifier les mouvements de l'appareil circulatoire aux diverses phases de la vie.

Cette prédominance successive des congestions sanguines, selon la diversité des âges, dans les différents appareils de l'économie, est une dernière preuve, non-seulement de la vie propre de l'appareil circulatoire considéré dans son ensemble et comme système unique, mais encore de ce même appareil considéré comme formé de la réunion des petits systèmes vasculaires sanguins propres à chaque organe de l'économie : poumon, foie, rate, estomac, appareil génital, etc..... Il est incontestable que chaque département du système capillaire jouit de propriétés spéciales, suivant l'organe auquel il se distribue. Il n'y a de commun à tous que le cœur, les gros troncs et leurs principales divisions.

En pénétrant dans l'intimité de chaque appareil, les vaisseaux en deviennent partie essentielle, et leurs propriétés se diversifient alors nécessairement en raison des fonctions que cet appareil remplit. Chacun d'eux a donc son système circulatoire qui

peut éprouver ses affections propres, indépendantes jusqu'à un certain point du système général de la circulation. Tel est le sens physiologique de la grande observation de Stahl.

Dans la doctrine de la vie particulière des organes, ébauchée par Van Helmont et rajeunie par Bordeu, qui n'en a point généralisé les principes et n'a pu, dès lors, en tirer toutes les conséquences, chaque organe est envisagé comme un petit tout, une espèce d'animal vivant de sa vie propre et qui a son appareil circulatoire distinct, comme l'ont deux animaux différents.

Pour appliquer cette conception aux espèces zoologiques supérieures, il faut la modifier, et dire que cette multitude de systèmes vasculaires propres à chaque organe, n'a pourtant qu'un centre et un régulateur unique, lequel a pour fonction d'assurer l'harmonie et l'unité du système. Mais, dans les espèces inférieures, cette même notion n'a pas besoin d'être beaucoup modifiée; elle est presque vraie dans sa rigueur. Les travaux de MM. Edwards, Quatrefages, etc...., sur l'appareil vasculaire des mollusques, démontrent une sorte de circulation fédérative dans ces animaux. Chaque organe a un centre circulatoire et des vaisseaux dont la composition anatomique varie. Ces différences organiques correspondent à des différences fonctionnelles. Un jeune anatomiste, dont l'intelligence et le zèle promettent à la science d'intéressants travaux, M. le docteur Charles Robin, m'a dit que, chez les poissons eux-mêmes, la texture et les formes des vaisseaux variaient singulièrement suivant les organes, de manière à constituer autant de petits appareils vasculaires comme indépendants. D'ailleurs, les anatomistes n'ont-ils pas observé que, chez l'homme, les vaisseaux capillaires affectent, dans leurs dernières ramifications au sein des organes, une foule de dispositions et de dessins variables très-déterminés et très-constants pour chacun d'eux ? L'anatomie, la physiologie, la pathologie se réunissent donc pour donner des congestions ou des pléthores partielles (qui peuvent être physiologiques, morbides et cachectiques, comme celles du grand appareil circulatoire) : théorie toute différente de celle qu'on enseigne vulgairement et dont chacun se contente sans savoir pourquoi.

Les saignées locales ou capillaires, pratiquées dans les cas de congestion simple ou inflammatoire d'un organe, n'ont de sens que dans notre théorie, et n'en ont par conséquent aucun dans le système mécanique de la circulation Harvéienne. De ce dernier point de vue, les saignées générales sont les seules légitimes et doivent être les seules salutaires. Aussi, lorsque l'iatromécanique régnait systématiquement sur la thérapeutique, on ne pratiquait

que la phlébotomie. Les saignées capillaires sont au système vasculaire d'un organe ce que les saignées générales sont au grand appareil circulatoire. Leurs effets respectifs sont également les mêmes.

Chaque département organique du grand appareil circulatoire est, vis à vis de cet appareil, dans les mêmes rapports de dépendance et d'indépendance relatives où, nous, nous avons vu le grand appareil de la circulation lui-même vis à vis de tous les autres appareils et de celui de la digestion en particulier.

Il est des personnes chez lesquelles les congestions ou les pléthores partielles peuvent exister, durables et intenses, sans que le système général de la circulation s'ébranle et entre en sympathie ; d'autres chez lesquelles cette association se fait avec la plus grande facilité. Réciproquement, certains sujets ne peuvent éprouver la moindre émotion fébrile ou la moindre surexcitation de l'appareil général de la circulation , sans qu'à l'instant les appareils vasculaires spéciaux d'une foule d'organes ne soient saisis de pléthores fébriles locales, qui compliquent la fièvre générale d'un plus ou moins grand nombre de congestions. Celles-ci présentent des indications spéciales indépendamment de celles qu'on doit tirer de la fièvre ou de l'état de tout le système. Chez d'autres personnes, c'est le contraire, et à la fièvre générale, à la surexcitation du grand appareil, ne répond aucun des petits appareils spéciaux. Enfin , il est un troisième cas, dans cet ordre de faits , c'est celui où une première pléthore locale (morbide ou non, mais presque toujours morbide) en suscite une foule d'autres qui lui répondent, sans qu'on observe, pour les relier, l'intermédiaire d'un état fébrile ou d'une surexcitation du grand appareil de la circulation.

Quiconque s'habituera à méditer sur ces faits avec un esprit indépendant et purgé des préjugés de l'école par un doute philosophique sévère, y verra la justification des idées générales professées dans nos Etudes sur la Pléthore. Quels arguments ne puiserions-nous pas en faveur de cette thèse, dans l'observation des diverses espèces de pouls dans les maladies, et dans celle de toutes les anomalies de la circulation ! Le fait sur lequel s'appuient avec tant de confiance les iatromécaniciens pour affirmer la passivité des vaisseaux dans la circulation , le fait de l'inertie apparente des artères et des veines dans les vivisections, est, nous les en prévenons , une base fragile que des expériences mieux instituées ruineront bientôt.

La vie propre des vaisseaux une fois irréfragablement démontrée , une nouvelle ère s'ouvrira pour la physiologie et la

médecine. Mais la réformation, qui en résultera dans ces deux sciences, ne sera complète et intelligible que lorsque, d'un autre côté, on aura expérimentalement démontré cette vérité correspondante et complémentaire de la première, savoir : que les nerfs ne sont pas plus, vis à vis des centres nerveux, des conducteurs par où s'écoule un fluide lancé par ces centres, que les vaisseaux des tuyaux inertes destinés à charrier passivement les flots du sang poussés par le cœur. Celui-ci n'est que le régulateur de la circulation, l'organe représentatif de cette fonction multiple dont il assure et maintient l'unité. N'est-ce pas là aussi ce que sont les centres nerveux par rapport à tous les nerfs et à tous les appareils sensitifs, etc. ?

C'est à l'anatomie et à l'embryogénie comparées, cette science de l'avenir, qu'il appartient de consommer ces démonstrations, et de créer ainsi une physiologie nouvelle dans laquelle il ne restera de l'ancienne que les faits.

---

19. *Huitième session du congrès des savants italiens tenue à Gênes en* 1846.

SECTION DE MÉDECINE.—PRÉSIDENT : M. SPERANZA.

(Gazette médicale de Paris, Nos 51, 52; 1846.)

De l'abus de la saignée. — Les émissions sanguines ont partout dans le peuple la réputation d'un remède souverain ; les médecins, pour ce motif, sont très-portés à les prodiguer outre mesure. Est-il effectivement un moyen plus commode, pour se tirer d'affaire dans un cas embarrassant, que d'ordonner un remède qu'on est sûr de voir bien accueilli et par le malade et par les assistants ? Ce qui rend encore les gens de l'art très-disposés à conseiller la saignée, c'est qu'un grand nombre d'entre eux ne reconnaissent guère de signes distinctifs entre l'irritation et la phlogose.

Ce sont là des propositions connues et admises de tout le monde. Comment se fait-il donc que leur énoncé au congrès ait soulevé d'unanimes applaudissements ? C'est qu'elles sortaient de la bouche d'un praticien consommé, le docteur Guani, vénérable octogénaire dont elles semblaient véritablement, en cette occasion solennelle, être le testament médical.

De l'antagonisme entre les fièvres intermittentes et la phthisie pulmonaire. — Cette question, si riche d'avenir et si grosse de controverses pour le présent, a été mise en avant par un intéressant travail de M. Salvagnoli (de Florence). D'après les observations qu'il a faites sur l'état sanitaire des plages de la Tos-

cane, les affections périodiques y règnent en grand nombre, tandis qu'on y voit comparativement très-peu de sujets scrofuleux ainsi que de phthisiques. La statistique, appliquée à la seule province de Grossetto, lui a montré que, sur une population de 149,673 âmes, il ne s'y rencontre que 277 cas de phthisie pulmonaire, 242 de scrofules, 61 de cancer et 11,442 de maladies aiguës du poumon. Il ne croit pas que cette rareté des tubercules puisse être attribuée à l'influence de la latitude géographique ni de l'humidité de l'atmosphère. Il l'expliquerait plus volontiers par l'opposition qui existe entre les fonctions et altérations des viscères thoraciques et celles des viscères abdominaux.

MM. Silvano et Trompeo sont venus confirmer, par l'autorité de leur expérience, l'opinion de M. Salvagnoli.

Prenant ensuite la parole sur le même sujet, le professeur Buffalini a abordé quelques-uns des points litigieux de la discussion. Ainsi il est bien avéré que plusieurs médecins ont constaté la rareté des tubercules dans les pays où dominent les affections périodiques, tandis que d'autres disent avoir, dans des contrées également ravagées par les fièvres, trouvé des exemples de tuberculisation tout aussi nombreux qu'ailleurs. Aux yeux de M. Buffalini, cette divergence ne dénote point une contradiction dans le fond des choses; elle montre seulement que la nature ou le degré des fièvres intermittentes n'était pas le même dans les deux localités. Effectivement, là où les fièvres se développent avec intensité, affectent une longue durée et deviennent facilement pernicieuses, on observe toujours l'antagonisme dont il s'agit; il ne faudrait, au contraire, point s'étonner de le voir manquer dans les contrées où la fièvre est peu prononcée et demeure presque constamment bénigne.

De la pellagre.—Depuis le sixième congrès tenu à Milan, une commission permanente s'occupe avec suite des questions nombreuses que soulève l'étude de la pellagre, et reçoit les communications adressées par les médecins qui ont pu l'observer dans diverses localités. Déjà, l'année dernière, cette commission fit connaître au congrès de Naples le résultat de ses premiers travaux. Elle a continué cette année cette louable coutume; mais, s'il faut en juger par l'extrait du rapport que nous avons les yeux, ses progrès ne paraissent pas avoir été très-rapides. Le rapporteur, M. Ampellio Calderini, se borne presque à mentionner les différentes opinions exprimées dans les mémoires qu'il a eus à dépouiller. Comme fait un peu saillant, il ne signale guère qu'un amincissement de l'intestin grêle qui a été trouvé à peu près constamment à l'autopsie des sujets morts de la pellagre. Sur un

seul point, la commission semblerait avoir un peu modifié ses premières convictions. Elle exclut de l'étiologie de la pellagre l'alimentation par le maïs, du moins en la considérant comme seule cause efficiente; elle incline aussi à penser que la maladie dépend du défaut de principes assimilables et nutritifs, et cela, soit par l'effet d'un vice des organes assimilateurs, soit par le manque réel d'aliments.

A ces données un peu sommaires, M. Cipriani est venu ajouter le résultat de son expérience. Médecin de l'hôpital de Sainte-Lucie à Florence, il a pu constater que la pellagre fait d'année en année d'incessants progrès en Toscane. De 1821 à 1824, il n'y avait annuellement d'inscrits à l'hôpital que de 6 à 12 cas de cette affection, tandis que, pendant les trois dernières années, on en a reçu 140.

La maladie, en Toscane, a deux siéges particuliers : l'un à Mugello, au pied de l'Apennin, pays riche, sain, fertile, bien exposé; là, elle se maintient longtemps au premier degré et est susceptible de guérison; l'autre dans la Romagne, dite Toscane, contrée également favorisée, mais plus pauvre cependant, plus élevée, plus froide. Dans ce dernier pays, le mal précipite sa marche et devient presque toujours fatal. En général, la pellagre préfère les localités moyennement élevées, les petits villages ainsi que les agriculteurs.

Sans prétendre tirer de conclusion d'un seul fait, M. Cipriani raconte avoir observé un cas où la pellagre se développa, à la suite d'un accès de *delirium tremens*, chez un sujet adonné aux boissons spiritueuses. Il termine en demandant qu'on nomme une commission *toscane* qui poursuive dans cette province des études sur la pellagre, parallèlement à la commission de Lombardie. Cette proposition, accueillie avec faveur, a amené l'élection de six commissaires, parmi lesquels figure le nom de M. Cipriani.

Excité aussitôt par ce succès, M. Farini a fait savoir que la pellagre s'est aussi montrée dans quelques points des provinces romaines, surtout près de Rome et de Bologne. Il a conclu en sollicitant la formation d'une troisième commission spéciale pour observer dans cette localité : vœu auquel l'assemblée a immédiatement acquiescé.

De ces documents, spontanément émanés de diverses sources, un fait résulte, et il nous paraît aussi incontestable qu'affligeant : c'est que la pellagre gagne du terrain en Italie, qu'elle s'accroît de plus en plus quant à l'étendue de l'espace qu'elle envahit, aussi bien que quant au nombre de victimes qu'elle frappe. Cette opi-

nion a été formellement exprimée par le professeur Buffalini.

Comme considération bien propre à balancer le fâcheux effet de celle-ci, nous devons ajouter que la contagion de la pellagre paraît plus que jamais douteuse. Cette manière de voir, mise en avant par M. Botto, a été vivement réfutée, et l'assemblée entière s'est prononcée contre le dogme décourageant qu'il avait voulu accréditer.

Sur les causes et la nature de la scrofule. — Dans un volumineux travail, dont M. Farini a pris soin de rédiger un extrait substantiel, M. Speranza cherche à établir les propositions suivantes : La scrofule consiste dans une altération du procédé d'assimilation organique, de telle sorte que, chez les sujets atteints de cette affection, il y a un défaut marqué de force vitale, et la nature se montre, en quelque sorte, avare dans la composition de ses matériaux. Comme moyens de guérison, on doit par conséquent recommander la propreté de corps et d'habillements, l'exercice, la gymnastique, une diète animale nourrissante, l'usage de bon vin, l'emploi du fer.

A la suite de cette lecture, le professeur Buffalini, dont l'opinion avait été invoquée par M. Speranza comme conforme à la sienne, a cru devoir entrer dans quelques explications à ce sujet. « Ma manière de voir, a-t-il dit, était effectivement autrefois celle dont on vient de vous donner connaissance ; mais de nouvelles réflexions l'ont modifiée depuis lors. Dans la constitution organique qui prédispose aux scrofules, il n'y a pas défaut de principes réparateurs, mais défaut ou plutôt insuffisance de cette formation organique, qui est sous l'influence de l'oxygène ou de la fonction respiratoire. L'attention du médecin doit donc se porter, non vers la nutrition, mais vers une meilleure et plus convenable réparation des principes oxygénés. On est conduit à cette doctrine en considérant l'excès des productions albumineuses qui se remarque dans toutes les maladies des scrofuleux, la tendance, dans ces cas, aux formations organiques, à la pseudomorphose, à l'helminthiase, tous phénomènes desquels il résulte clairement que la matière organique productrice, loin de faire défaut, se trouve en excès. Et par analogie, observons que le défaut d'évolution organique et d'assimilation se rencontre dans les constitutions différentes de celles qui prédisposent à la scrofule, comme le tempérament nerveux et le lymphatique, sans cependant que, chez ces individus, les affections, qui peuvent envahir leurs ganglions lymphatiques, revêtent les caractères propres à la véritable scrofule. L'albumine, cet élément primordial de toutes les formations organiques réparatrices (comme le

prouvent les cicatrisations) dominant chez les sujets disposés à la scrofule, si leur tempérament se prête à une superformation, c'est qu'il n'existe pas dans leur sang un élément plus noble et mieux préparé. La diathèse albumineuse est donc la diathèse des personnes et des tempéraments disposés à la scrofule, et elle consiste dans une ultra-efficacité de la première formation organique prolongée outre mesure, à laquelle a ensuite manqué cette évolution successive qui dépend de la respiration et qui constitue une bonne hématose. Si les analyses du sang des scrofuleux étaient plus exactes et plus multipliées, elles confirmeraient, en dévoilant ses altérations précises, la vérité de la doctrine qui attribue à une modification morbide de ce fluide la disposition à contracter la scrofule.

« De ces idées préalables, il est aisé de déduire une méthode rationnelle de traitement qui serait combinée, non pas de manière à augmenter la substance nutritive, mais, au contraire, de façon à offrir aux scrofuleux une petite quantité d'aliments, de la qualité qui se prête le mieux à produire une bonne hématose, à augmenter la fibrine et le tissu musculaire; peu de nourriture animale, des exercices gymnastiques, l'habitation sur une plage maritime, l'air libre de la campagne, toutes prescriptions suggérées par les données de la chimie organique, et dont l'expérience clinique a déjà confirmé l'utilité, comme moyen préservatif des scrofules. »

Des signes physiques de la phthisie pulmonaire commençante. — M. Dubini a communiqué à l'assemblée la suite de ses recherches sur ce point délicat et ardu de séméiologie. Quoique ses idées, dont la *Gazette Médicale* a déjà eu occasion de signaler la valeur, se rapprochent, en plusieurs points, de celles de MM. Andral, Louis, Fournet, de Jackson, etc., elles n'en suscitent pas moins d'intérêt; car les conclusions du praticien italien ne fissent-elles même que confirmer celles des autres auteurs, ce serait encore beaucoup que la sanction donnée par un observateur aussi distingué à une doctrine aussi difficile à démontrer que celle-ci.

Pour étudier la signification que les modifications du bruit expiratoire ont dans le diagnostic de la tuberculisation pulmonaire, M. Dubini a dû d'abord chercher à apprécier exactement ce qu'est ce bruit à l'état normal. Or, quant à sa durée et à son intensité, il adopte, de préférence aux évaluations de MM. Pereyra, Barth et Roger, celle de M. Fournet qui les estime à deux, l'inspiration étant supposée égale à dix. Il tient également, dit-il, le plus grand compte des observations de M. Louis qui, sur des

femmes, exemptes de toute affection pulmonaire, a trouvé dix-sept fois l'expiration prolongée sous la clavicule droite et jamais sous la gauche. Ses observations ne lui ont cependant pas montré une différence aussi grande entre les deux côtés. Il cite à ce propos le cas observé sur un médecin très distingué, n'ayant jamais eu de maladie de poitrine, et qui lui a offert l'étrange anomalie d'un bruit expiratoire aussi prolongé que l'inspiration, et s'étendant des deux côtés et dans toute l'étendue du thorax.

L'expiration prolongée n'est pas un phénomène exclusivement propre au premier degré de la phthisie; il se rencontre aussi, dans la chlorose, l'œdème pulmonaire, les affections graves du cœur, les épanchements dans les cavités thoraciques, l'hépatisation du seul lobe supérieur du poumon, quand la maladie est en voie de résolution, la bronchite simple et l'emphysème pulmonaire. Mais dans l'emphysème, l'expiration est sifflante; dans la bronchite, qui, lorsqu'elle est simple, n'est presque jamais partielle, le râle sibilant qui prolonge l'expiration s'entend dans presque toute la poitrine ; dans la pneumonie tendant à la résolution, tandis que le bruit inspiratoire s'accompagne déjà du râle crépitant de retour, l'expiration est très-prolongée, mais tubaire et distincte par là de celle, toute vésiculaire, de la première période de la phthisie; enfin, dans les autres maladies, le bruit expiratoire peut aussi se prolonger, mais il offre toujours alors des caractères morbides, n'est pas sec, âpre, difficile dans sa production.

Le signe dont M. Dubini s'occupe ne lui paraît pas exister dans toutes les espèces de phthisie. Il peut manquer lorsqu'il s'agit des tubercules qu'on appelle scrofuleux, masses volumineuses, caséeuses, d'un blanc jaunâtre; on le cherche quelquefois également en vain quand les tubercules miliaires sont réunis en groupes isolés, laissant entre eux du tissu pulmonaire sain. La variété de phthisie, où on l'observe presque invariablement et avec tous ses caractères, est celle qui consiste dans l'infiltration générale du tissu pulmonaire par les granulations miliaires qui y sont uniformément répandues.

Il s'en suit donc que l'expiration prolongée peut exister sans tubercules et les tubercules sans expiration prolongée. Il est cependant des circonstances où ce signe ne peut que très-difficilement induire en erreur. Ainsi quand le bruit expiratoire dure beaucoup plus longtemps que l'inspiratoire; quand il paraît âpre à l'oreille, dur, difficile dans sa production; quand il est retardé, c'est-à-dire qu'il continue à se faire entendre encore pendant un certain temps après l'entier abaissement des côtes ; quand il

est, en outre, interrompu, hésitant, saccadé, et se trouve limité à l'une ou à l'autre région sous-claviculaire, près de l'épaule ou en haut de l'aisselle, alors, dit M. Dubini, le praticien peut porter le diagnostic d'une phthisie pulmonaire au premier degré, surtout si cet ensemble de signes physiques s'accompagne des symptômes généraux par lesquels se dénote l'existence de la maladie.

L'auteur avertit cependant que ce diagnostic, quelque certain qu'on le croie, ne doit être communiqué aux parents qu'avec beaucoup de précautions, après avoir répété quatre et cinq fois les explorations. Si un catarrhe concomitant donnait lieu à un sifflement qui masquât les caractères de ce bruit pathologique, il conviendrait d'instituer un traitement antiphlogistique qui détruisît cette complication et permît d'étudier ensuite le murmure respiratoire, tel qu'il est entretenu par la tuberculisation de l'existence de laquelle on cherche à s'assurer.

SECTION DE CHIRURGIE ET D'ANATOMIE. — PRÉSIDENCE DE M. ROSSI.

Procédé pour la ligature des artères. — Nous serons brefs sur ce mode opératoire proposé par M. Pertusio, et dont les avantages ne nous semblent pas fort saillants. Le vaisseau étant mis à découvert, on commence par passer sous lui un fil dont on se sert pour le soulever ; on le serre ensuite entre les mors d'une pince d'Amussat (pince à baguettes) jusqu'à ce que la tunique interne ait été divisée, ce que le doigt, promené sur la continuité du vaisseau, reconnaît à un enfoncement existant dans ce point. On termine en nouant le fil avec un degré modéré de striction.

Comme l'a fait remarquer M. Rossi, ce procédé n'est, pour le but, qu'une répétition de celui de Jones, adopté par les chirurgiens anglais, qui consiste à étreindre fortement l'artère avec un fil mince, de manière à rompre les tuniques interne et moyenne. Il existe cependant entre les deux pratiques une différence, et elle ne serait point à l'avantage de l'opération que conseille M. Pertusio ; c'est que, dans celle-ci, la durée de la manœuvre est nécessairement plus difficile, plus longue ; enfin, et surtout, en rompant les tuniques internes bien avant de lier le vaisseau, on s'expose à ce que le sang s'infiltre entre la membrane fibreuse coupée et la celluleuse intacte, et les chances d'un anévrisme consécutif ou d'une hémorrhagie prochaine se trouvent par là singulièrement accrues.

Traitement des déviations du rachis par la myotomie sous-cuta-

née. — Bien que cette question n'ait pas, cette année, reçu tous les développements que mérite son importance clinique, la cause de la myotomie rachidienne peut néanmoins se féliciter d'y avoir conquis de nouveaux partisans et un vote encore plus explicitement favorable que celui de l'année dernière. M. Secondi est venu proposer ce sujet à la discussion. Selon lui, cette opération ayant pour elle toute espèce de considérations préjudicielles, soit d'anatomie, soit de physiologie, s'appuyant aussi sur les exemples de succès obtenus, grâce à elle, par M. Calamai (de Florence), a bien droit de se reproduire honorablement au congrès et d'en obtenir l'approbation. M. Secondi se propose de répondre aux objections qui seraient adressées contre ce mode de traitement. Il le déclare indiqué quand il n'existe pas à la colonne vertébrale une altération telle qu'on puisse présager l'inefficacité du traitement orthopédique consécutif. Il cite les heureux résultats que la myotomie a fournis entre les mains de divers chirurgiens, et montre qu'on ne doit point être arrêté par la crainte de léser des troncs nerveux ou vasculaires importants. Faisant allusion à ce qu'on a dit des insuccès éprouvés par M. J. Guérin, il répond en soutenant que ce chirurgien a obtenu la guérison toutes les fois que l'opération était précisément indiquée. Déduisant enfin ses motifs des considérations anatomiques, des résultats indubitables, des vraies indications, il répète, approuvé par l'assemblée, que cette opération, appliquée aux cas spécifiés, doit être conservée non-seulement comme utile, mais comme rationnelle autant qu'exempte de dangers. Il propose enfin à l'assemblée de publier ce jugement pour l'honneur de la chirurgie, et pour la garantie des praticiens qui, dans l'avenir, auront à faire cette opération.

Après un discours de M. Carbonai, qui a rapporté quelques exemples de succès, et plusieurs observations faites par MM. Gherardi, Botto, de Beaufort et Rossi, la proposition de M. Secondi a été adoptée, et la discussion fermée sur ce sujet.

Emploi de la galvano-puncture pour la cure des anévrismes. — Les succès, que M. Pétrequin a dus à cette méthode, ont stimulé le zèle des médecins étrangers : on se rappelle sans doute que, peu de temps après les observations du professeur lyonnais, M. Ciniselli appliqua avec bonheur le même procédé sur un anévrisme de l'artère poplitée. Cette guérison eut en Italie un extrême retentissement. La Société de physique, de médecine et de statistique de Milan nomma une commission pour faire des expériences sur ce sujet, et en même temps plusieurs jeunes médecins de la même ville se réunirent d'eux-mêmes pour s'occu-

per de ces recherches. Après plusieurs discussions sans intérêt scientifique, sur la préséance à accorder à l'un ou à l'autre travail, le congrès s'en est remis à une commission spéciale du soin de les apprécier toutes les deux. M. Quaglino, membre de la Société de Milan, a répété devant cette commission deux des expériences qu'il avait déjà faites. Voici le texte du narré de l'opération :

Exp. I. — Sur un cheval, on découvrit la carotide droite, et on la soumit à l'action d'une pile de Wollaston de 12 couples, avec un liquide composé d'eau, d'acide nitrique et d'acide sulfurique, et en employant des aiguilles de platine enfoncées dans l'artère, selon une direction opposée à celle de l'ondée sanguine. Après trente minutes, l'artère fut entourée de deux fils, liée, puis enlevée. Le caillot s'était formé, mais incomplet, c'est-à-dire, petit, quoique solide et consistant, et n'oblitérant qu'en partie le canal du vaisseau.

Exp. II. — Sur le même animal, on mit la carotide gauche à découvert, et on fit agir sur elle une pile de Grove de 4 couples, par l'intermédiaire de quatre aiguilles d'acier implantées latéralement dans l'artère, leur pointe tournée dans la direction du sang, deux communiquant avec le pôle positif et deux autres avec le pôle négatif. Après trente minutes, on obtint un caillot obturateur, fibrineux, complet.

L'exposé de ces expériences est suivi de dix propositions, que nous ne transcrirons point ici parce que beaucoup d'entre elles sont relatives à des faits totalement étrangers aux deux expériences ci-dessus, les seules dont le rédacteur ait donné connaissance, et que par conséquent on puisse juger.

A propos de ces vivisections, diverses observations du même genre ont été citées. M. Caire a parlé d'un cas d'anévrisme poplité, traité à l'hôpital de Novare par M. Pagani à l'aide de la galvano-puncture; mais l'augmentation de volume survenue dans la tumeur après l'emploi de ce moyen, la persistance des pulsations, l'œdème du membre, la douleur développée au talon, empêchèrent d'en réitérer l'application.

M. Ceutofanti a aussi mentionné l'histoire d'un anévrisme où la galvano-puncture donna lieu à une eschare, après l'élimination de laquelle il survint une hémorrhagie qui obligea de lier le vaisseau au-dessus.

M. Ciniselli, au contraire, n'a jamais observé ni gangrène ni aucun accident grave dans les anévrismes qu'il a traités ainsi. Au mois de juillet dernier, il a essayé, à deux reprises, la galvano-puncture sur un vaste anévrisme de l'aorte thoracique ascendante,

qui était venu faire saillie dans le premier espace intercostal droit. Il n'obtint pas la coagulation du sang dans le sac, mais au moins la position du malade ne fut point aggravée par cette tentative ; car il est encore à ce moment à l'hôpital de Crémone.

Mais l'observation la plus intéressante est celle, qui s'est accomplie en la présence et pour ainsi dire avec la coopération du congrès tout entier, et dont nous allons rapporter les détails.

Obs. — Le 17 septembre, fut présenté à la section de chirurgie un homme de 60 ans, porteur d'une volumineuse tumeur à droite du cou. Ayant eu autrefois une gonorrhée et des ulcères, il vit, il y a trois ans se développer cette tumeur, laquelle laissa sortir un peu de sang, puis, depuis dix-huit mois et à la suite d'un excès de coït, se mit à prendre une grosseur démesurée. Modéré par les émissions sanguines locales et les applications froides, cet accroissement ne put être arrêté. La tumeur, examinée par une commission spéciale, offrait à sa base une circonférence de 51 centimètres, dans sa plus grande longueur ; verticalement, elle avait 22 centimètres ; elle s'étendait de la nuque à la partie antérieure du cou, repoussant les organes respiratoires, ce qui avait produit la suffocation et l'altération de la voix. Peau saine, mais, à la surface, un peu inégale. La consistance de la tumeur était un peu dure et résistante ; mais en arrière, vers l'apophyse mastoïde, une partie paraissait très-élastique et fluctuante ; c'était là que se sentaient le mieux les pulsations synchroniques aux battements du cœur. En enfonçant l'indicateur dans la gorge et plaçant le pouce en dehors du sterno-mastoïdien, on rencontrait entre ces doigts une sorte de pédoncule, qu'on pouvait regarder comme formé par le faisceau des vaisseaux ; en le comprimant, les pulsations cessaient dans la tumeur. Le reste du système artériel, ainsi que les viscères thoraciques et abdominaux, était intact.

Contre cet anévrisme si volumineux de la carotide droite, au voisinage du tronc innominé, tout procédé opératoire ne pouvait apporter qu'un secours incertain, et un secours dont l'application même ne laissait pas que d'être dangereuse ; cependant la section de chirurgie, au sein de laquelle s'eleva cette discussion, considérant que la maladie était mortelle, et qu'un remède même douteux devait par conséquent être tenté, décida qu'on essayerait la galvano-puncture.

En conséqnence, le malade fut placé à l'hôpital de Pammatone, et le 23 septembre il fut opéré par M. Ciniselli, en présence d'une commission composée, outre lui : de MM. Caire, Asson, Secondi et Quaglino. On choisit pour opérer la moitié antérieure

de la tumeur, devant le sterno-mastoïdien. Six aiguilles y furent introduites à la profondeur de 35 à 40 millimètres ; elles avaient 63 millimètres de longueur, et étaient recouvertes de vernis dans leur partie destinée à être en contact avec les tissus. On enfonça quatre de ces aiguilles vers la base, en forme de demi-cercle, et deux au milieu vers la partie proéminente de la tumeur. La distance entre les points d'implantation était de 2 à 3 centimètres. Les pointes, dirigées vers la profondeur de la tumeur, étaient écartées les unes des autres. On se servit de deux piles de Wollaston, de 10 couples chacune, de la dimension de plus d'un pouce carré, avec de l'eau acidulée dans la proportion de 6 à 1. Les deux aiguilles, fichées dans le centre, furent réunies aux conducteurs des pôles positifs, et celles de la circonférence aux conducteurs des pôles négatifs, et l'on maintint le courant douze minutes pour les premières et quinze pour les secondes. Les *aiguilles positives*, bien défendues par la couche isolante, présentaient à peine une petite aréole de couleur sombre ; cependant elles furent difficiles à extraire, parurent être très-oxydées, et l'oxydation avait même détruit la pointe de l'une d'elles. Les *aiguilles négatives*, également vernies, offraient une aréole jaunâtre, là où elles avaient été à nu ; dans leur partie libre, dans la tumeur, elles étaient brillantes comme à l'ordinaire, et n'offraient aucun obstacle à l'extraction. Du point d'implantation de ces aiguilles il sortit un gaz avec crépitation, puis quelques gouttes de sang. Le patient ne donna pas de signe de douleur, si ce n'est lors du changement du contact des pôles négatifs. La tumeur, durant l'opération, devint rouge ; la circulation fut très-accélérée dans le commencement ; les pulsations de la tumeur restèrent toujours les mêmes. On avait fait l'opération sans comprimer la carotide. La tumeur, couverte de glace, puis de fomentations d'eau végéto-minérale pendant six heures, fut trouvée pulsatile le soir du même jour.

Le 26, nuit tranquille ; la tumeur bat toujours, elle n'est presque plus rouge. A midi, fièvre précédée de frissons ; tumeur rouge et douloureuse à son milieu ; symptômes d'irritation gastrique. (Fomentations d'eau froide, saignée, limonade, purgatif pour le lendemain matin.)

Le 27, peu de fièvre ; la tumeur, à sa partie saillante, est ferme et sans pulsations ; au contraire, dans sa partie antérieure, à la base et postérieurement, elle est molle et bat encore, quoique moins fort. A midi, fièvre plus intense ; tumeur chaude, douloureuse, rouge, partout pulsatile. (Saignée, répétée le soir, glace, eau fraîche.)

Le 28, nuit inquiète, moins la fièvre ; tumeur rouge, douloureuse, pulsatile, quoique ferme dans sa plus grande étendue ; douleur en avalant. (16 sangsues à la base de la tumeur ; décoction de casse et de tamarin.)—Le soir, redoublement de la fièvre. (Une saignée.)

Le 29, nuit moins agitée ; sensations de piqûre dans la partie postérieure de l'anévrisme ; tumeur moins rouge, moins douloureuse, moins pulsatile, plus ferme ; langue amère, sale, un peu rouge aux bords. (Magnésie à petites doses.)

Le 30, nuit troublée par des secousses partielles et générales dans la tumeur. La tuméfaction pâle que présentait le lieu d'implantation des aiguilles positives est maintenant à peine reconnaissable ; celui des négatives est au contraire entouré de petites croûtes. Les pulsations continuent.

Le 1er octobre, à trois heures de relevée, augmentation des battements de la tumeur ; elle acquiert beaucoup plus de volume, et le malade y éprouve une sensation de craquement.

Le 2, une heure du matin, agitation, anxiété, mort.

Autopsie.—La carotide primitive se continue avec le sac : on mesure 4 centimètres de l'origine de celui-ci à la naissance de la sous-clavière. La carotide est dilatée et ses parois hypertrophiées ; la sous-clavière, l'innominée et la crosse aortique participent à cet état.

Sur le trajet des aiguilles, on rencontre des points noirs ou de petites taches de couleur café ou de rouille. Dans la direction de l'aiguille supérieure correspondant au pôle zinc, se trouve un centre de suppuration d'un demi-pouce, situé entre la face externe du sac et les couches musculaires. La tumeur ouverte, on la trouve pleine de caillots : les extérieurs solides, stratifiés et adhérents aux parois du sac, évidemment d'ancienne date ; au centre, ils sont plus mous et isolés ; en haut du sac, il y a quelques onces de sérosité sanguine. En suivant la marche des aiguilles, on en perd la trace dans les caillots les plus extérieurs, dont elles n'ont certainement pas pu traverser l'épaisseur. Après avoir détaché les caillots du sac, on reconnaît le passage des quatre aiguilles zinc, à quatre aréoles rondes, déprimées, de 4 à 5 millimètres de diamètre, noirâtres, très-adhérentes au reste du sac, indurées et comme cornées. Le passage des deux aiguilles de cuivre est à peine reconnaissable à un petit point noir qui traverse la paroi du sac. Le sac vidé des caillots a des parois dures, résistantes et inégales, ici de 6 à 8 millimètres d'épaisseur, là sur le point de se rompre.

Grande injection des membranes de la tête, des vaisseaux de

la surface du cerveau et de la substance cérébrale, qui est très-pointillée.

Le cœur et les poumons sont dans l'état normal.

Le rédacteur de cette observation incline à attribuer, en grande partie, l'insuccès à ce qu'on s'est trop hâté d'opérer le malade sans lui avoir laissé le temps de s'acclimater au séjour de l'hôpital. Mais la marche de l'affection constatée par les détails énoncés ci-dessus est, ce nous semble, en désaccord absolu avec cette interprétation. Ce n'est pas une fièvre d'hôpital qui a emporté le malade ; ç'a été bien évidemment l'accroissement de volume de la tumeur, peut-être causé, probablement accéléré, par le traitement. — Nous ne désapprouvons point pour cela l'application qui a été faite de la galvano-puncture à ce cas ; mais nous pensons qu'il aurait fallu y procéder autrement. L'anévrisme étant énorme, la poche liquide spacieuse outre mesure, on devait proportionner l'énergie du remède à l'intensité du mal, commencer par chercher à rendre le sang immobile dans la poche, en essayant de serrer le pédicule dont on avait expérimenté que la compression supprimait les pulsations, multiplier les aiguilles, les croiser entre elles, prolonger le jeu de la pile 25 à 30 minutes, enfin réitérer coup sur coup les séances. Même employée de cette façon, la galvano-puncture n'avait sans doute pas, dans ce cas, de grandes chances de succès, à cause du volume de l'anévrisme. Mais, à notre avis, ce n'est qu'ainsi qu'il était permis de l'appliquer. Cette opération, en effet, a deux actions qui ne peuvent guère se séparer : l'une favorable, coagulant le sang; l'autre pernicieuse, irritant les tissus et déterminant parfois l'inflammation de la poche. Or, dans un sac considérable, aller implanter timidement quelques aiguilles isolées et s'en tenir à une seule tentative, c'est se condamner volontairement à avoir les effets fâcheux de l'opération sans la moindre chance d'obtenir les effets curatifs. Dans cette question, on peut le dire, et surtout pour des cas presque désespérés comme l'était celui-ci, la réserve est bien loin de s'appeler prudence.

Sur la cystifelléotomie. — M. Rossi appelle ainsi l'incision des parois de la vésicule biliaire faite pour en extraire un calcul. Dans plusieurs cas, la nature, en rapprochant des parois abdominales et y faisant adhérer la poche cystique, a mis le chirurgien sur la voie d'entreprendre cette opération. Il cite spécialement à ce sujet l'histoire d'une dame de 40 ans qui, après plusieurs accès de colique hépatique, présenta une tumeur à la région iliaque droite. On la prit d'abord pour une tumeur lymphatique, plus tard pour un abcès du tissu cellulaire sous-péritonéal de la région

iléo-lombaire. Le chirurgien ayant ouvert cette collection, il en sortit du pus; puis on y reconnut la présence d'un calcul biliaire dont l'extraction détermina la guérison.

Proposition pour l'établissement d'une pharmacopée uniforme dans toute l'Italie.—Les différents Etats ou provinces qui divisent l'Italie ont chacun une pharmacie différente, souvent des poids et mesures particuliers. Aussi les médicaments diversement préparés ont une efficacité variable ici ou là. La diversité des poids et mesures qui, surtout au centre de la Péninsule, est si frappante à de courtes distances, ne cause pas moins d'embarras et de mécomptes aux praticiens. Aussi n'avons-nous pas été surpris de voir figurer cette année, parmi les actes du congrès, une lettre signée des plus grands noms de l'Italie, Calderini, Salvatore de Renzi, Rossi, Bertini, Turchetti, etc., qui demandent la révision du système pharmaceutique et la réduction de tous les poids et mesures à une même unité.

Le président de la section de chimie, M. Taddei (de Florence) a été nommé président général : c'est à lui que devront être adressés en définitive tous les documents recueillis sur cette grande réforme. Mais pour rendre son travail plus complet, pour rassembler plus sûrement toutes les indications relatives à ce projet, douze comités particuliers ont été élus, composés de chimistes, de médecins, de pharmaciens. Leurs membres résidants à Gênes, Milan, Rome, Naples, Bologne, Venise. etc., seront toujours en rapport avec le président. L'activité imprimée à cette utile rénovation est une garantie et de son importance et du succès prochain qui attend des efforts aussi bien combinés.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES DE PARIS.

SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE.

Analogies des membres supérieurs avec les membres inférieurs. — M. Auzias-Turenne lit sur ce sujet un travail dont voici un résumé :

Aristote et Galien ont parlé de cette question, mais Vicq-d'Azyr le premier lui a donné une allure scientifique. Depuis Vicq-d'Azyr, Chaussier, Sœmmering, Dumas, Meckel et Cuvier, MM. Gerdy, Flourens, de Blainville, Cruveilhier, Bourgery et Blandin s'en sont occupés.

La solution de cette question est utile, non-seulement pour soulager la mémoire et mettre sur la trace d'analogies prévues par Vicq-d'Azyr,

mais encore pour guider dans les recherches embryologiques et tératologiques.

Depuis Vicq-d'Azyr, on considère avec raison la hanche comme l'analogue de l'épaule, la cuisse comme l'analogue du bras, la jambe comme l'analogue de l'avant-bras , et la main comme l'analogue du pied, *pes altera manus*.

Pour pénétrer plus avant dans les entrailles de la question, il faut :

1° Supposer l'homme placé dans l'attitude quadrupède ;

2° Diriger les parties de manière à ce que celles qui sont tournées vers le coccyx correspondent à celles qui sont tournées vers la tête ;

3° Se servir, comme terme de comparaison, des membres d'animaux et plus particulièrement des membres de singes (principe de l'unité de composition organique).

Voici comment il faut résoudre la question de savoir quels sont les côtés de membres qu'il faut comparer :

« Le membre inférieur d'un côté trouve les parties analogues dans « l'épaule, le bras et à près les deux tiers supérieurs de l'avant-bras « du côté opposé, et dans l'intérieur de l'avant-bras et la main du même « côté.

« Si, par exemple, je veux indiquer dans les membres supérieurs les « parties qui sont analogues du membre inférieur gauche, je place ce « membre dans sa position ordinaire, et je suspens à côté de lui une « épaule droite (omoplate et clavicule articulées ensemble) dont l'omo- « plate est disposée de façon que la fosse sous-scapulaire regarde en avant, « et la cavité glénoïde en bas. J'articule avec cette omoplate un humérus « droit dont la face tricipitale regarde en avant et dont la grosse tête « est en haut. Cet humérus droit s'articule comme d'habitude avec un « avant-bras du même côté, privé de son tiers inférieur et dont les deux « os sont parallèles à l'instar des deux os de la jambe. Le tiers infé- « rieur de l'avant-bras qui manque est remplacé par le tiers inférieur « d'un avant-bras gauche adapté de telle sorte que le radius d'en bas « fasse suite au cubitus d'en haut et le cubitus d'en bas au radius d'en « haut, de telle sorte aussi que les faces postérieures de ces quatre por- « tions d'os regardent en avant. Une main du côté gauche est jointe « naturellement au tiers inférieur d'avant-bras qui est enté sur les deux « autres tiers supérieurs. L'analogie du membre inférieur gauche, avec « un membre ainsi composé de parties des deux membres supérieurs , « devient dès lors des plus frappantes. »

Il est bien entendu qu'il n'y a rien ici d'absolu et qu'il s'agit uniquement d'une question de méthode.

Il faut s'appuyer, pour établir des analogies de membre à membre, sans cesse sur les connexions des os, dont l'importance est mise dans

tout son jour par les immortels travaux de Geoffroy-Saint-Hilaire, souvent sur le développement de ces organes, quelquefois sur leurs formes et leurs fonctions.

Des tableaux descriptifs parallèles et très-détaillés sont dressés dans le but d'établir les analogies suivantes :

Les doigts sont les analogues des orteils, et les os du métacarpe sont les analogues des os du métatarse,

L'os crochu est l'analogue de l'os cuboïde.

Le grand os sous la tête est l'analogue du troisième cunéiforme.

Le trapézoide est l'analogue du deuxième cunéiforme.

Le trapèze est l'analogue du premier cunéiforme.

La tête du grand os est en même temps l'analogue de l'os surnuméraire du singe et du scaphoïde du tarse.

Le pyramidal et le piliforme réunis sont les analogues du calcanéum.

Le scaphoïde et le semi-lunaire réunis sont les analogues de l'astragale.

L'avant-bras est l'analogue de la jambe et le bras est l'analogue de la cuisse.

L'omoplate est l'analogue de l'iléum.

L'apophyse coracoïde et le sommet de l'acromion sont les analogues de la tubérosité sciatique.

La clavicule est l'analogue de la branche ascendante de l'ischion.

Les analogies des parties molles jettent du jour sur celles du système osseux et sont éclairées à leur tour par ces dernières.

Élasticité et cohésion des principaux tissus du corps humain. — M. G. Wertheim adresse un mémoire *sur l'élasticité et la cohésion des principaux tissus du corps humain.* Dans les nouvelles recherches qui font l'objet de ce mémoire, l'auteur ne s'est occcupé que des propriétés purement mécaniques des parties constituantes du corps humain. Toutes les modifications que la force vitale peut apporter à l'action des forces moléculaires sont donc restées en dehors de ses considérations. Malgré cette restriction, l'étude des propriétés mécaniques de ces substances ne me semble pas devoir être sans utilité pour la pratique. En effet, dans la chirurgie, dans l'orthopédie et dans la médecine légale, il se présente beaucoup de cas où il serait important de pouvoir déterminer quelles forces extérieures on peut appliquer sans danger aux parties dures ou molles du corps, quelles sont les extensions ou les flexions qu'on peut faire subir à ces parties, si une force donnée a pu ou a dû produire une rupture, et enfin quelle peut être l'influence du sexe, de l'âge, etc.

Pour ses expériences, M. Wertheim a choisi des cadavres frais de l'un et de l'autre sexe, depuis l'âge d'un an jusqu'à l'âge de 74. Dans chaque

sujet, il a pris des parties de la plus grande longueur possible et qui présentaient sensiblement les mêmes dimensions transversales dans toute leur longueur. Toutes les expériences n'ayant pu être faites que trois ou quatre jours après la mort des sujets, l'auteur, afin de se mettre à l'abri des erreurs qui eussent pu résulter de l'altération qu'un commencement de décomposition aurait pu faire subir aux tissus, a fait des expériences comparatives sur des animaux récemment tués. Voici les conclusions qu'il tire de ses expériences :

1° Le poids spécifique des tendons, des muscles et des veines, diminue avec l'âge. Le même changement ne s'observe d'une manière constante ni dans les os, ni dans les nerfs, ni dans les artères. Dans ces dernières, le poids spécifique augmente même d'une manière sensible par suite de l'épaississement et de l'ossification des parois. La substance compacte des os des femmes paraît avoir un poids spécifique moindre que celle des os des hommes.

2° Le tissu osseux s'allonge sensiblement suivant la loi de la proportionnalité aux charges, c'est-à-dire de la même manière que les corps anorganiques et les bois.

Il n'en est pas de même pour les parties molles du corps dans leur état d'humidité naturel : la loi de leurs allongements est représentée par une courbe qui se rapproche d'une branche d'hyperbole.

3° Lorsque les allongements élastiques et permanents deviennent très-grands, comme cela a lieu pour les vaisseaux, les allongements élastiques s'accroissent dans un rapport beaucoup moindre ; ce qui tient probablement à la grandeur des allongements secondaires qu'il faudrait ajouter aux allongements primaires pour les faire rentrer dans la loi générale.

4° En conservant, pour le coefficient d'élasticité des parties molles, la définition qui est généralement adoptée pour celui des métaux, on peut en déterminer la valeur dans chaque cas par la résolution d'une équation du second degré.

5° Les coefficients d'élasticité des os, des tendons et des nerfs, paraissent augmenter avec l'âge, tandis que celui des muscles diminue considérablement.

6° Lorsqu'on range les différents tissus suivant la grandeur de leurs coefficients d'élasticité, ou suivant celle de leurs cohésions, on obtient dans l'un et l'autre cas la série suivante : os, tendons, nerfs, muscles, veines, artères.

7° La cohésion des muscles diminue avec l'âge.

8° Les troncs nerveux ont, à section égale, une cohésion plus faible que leurs branches immédiates, et celles-ci une cohésion inférieure à

celle des nerfs cutanés ; de sorte que cette propriété paraît augmenter à mesure que le diamètre diminue.

9° Par la dessiccation, toutes les parties augmentent d'élasticité et de cohésion.

SÉANCE DU 4 JANVIER.

Traitement de la phthisie par la gymnastique des poumons et par l'engraissement. — M. Bureaud Riofrey lit sur ce sujet un travail qu'il résume dans les conclusions suivantes :

1° Les recherches anatomiques et les autopsies ayant prouvé jusqu'à l'évidence que les tubercules sont des corps étrangers, inorganiques, inassimilables dans l'économie, il faut préparer les voies à travers lesquelles ce corps peut être expulsé.

2° La gymnastique des poumons peut remplir ce but dans les cas ordinaires, en fortifiant les bronches et en les dilatant avec mesure. La ponction de la poitrine peut être employée avec succès, mais comme moyen extrême.

3° Il faut régulariser et coordonner la respiration avec les pertes des malades et les besoins de la combustion pulmonaire.

4° L'alimentation doit fournir les aliments plastiques et les aliments de la respiration ; il faut par conséquent une diététique spéciale pour les phthisiques.

5° La graisse fait antagonisme aux matières concrètes et elle neutralise en quelque sorte le danger des corps inassimilables, éléments des tubercules.

6° Enfin, en réparant les pertes des phthisiques, on doit tendre à l'engraissement pour prolonger leur vie et pour changer leur constitution et leur diathèse tuberculeuse. Le tubercule étant une maladie qui se reproduit, on ne peut être assuré contre cet état que par un changement complet de la constitution.

SÉANCE DU 11 JANVIER.

Nerfs du péritoine chez l'hyperoodon ; par M. Vrolik. — M. J.-M. Bourgery adresse la lettre suivante à M. le président de l'Académie :

L'un des anatomistes les plus distingués de l'Europe, M. W. Vrolik, secrétaire perpétuel de la première classe de l'Institut royal des Pays-Bas, ayant eu l'occasion de faire un travail important sur les nerfs du péritoine chez un grand cétacé, me prie de faire hommage, en son nom, à l'Académie des sciences, du mémoire qu'il a publié à ce sujet dans le journal de l'Institut néerlandais. Mais comme ce mémoire est écrit en hollandais, il me charge d'en faire connaître à l'Académie les principaux résultats. Pour remplir ses intentions, et dans l'intérêt de la science, je

prends la liberté de vous adresser l'extrait de la lettre qu'il m'écrit à ce sujet, et dans laquelle il a bien voulu prendre la peine de me donner la traduction française de son mémoire.

Voici les passages les plus essentiels de la lettre que m'écrit M. Vrolik, en date du 26 décembre 1846 :

« Ayant fait servir le péritoine *très-fort et extrêmement épais* d'un « *hyperoodon* échoué sur nos côtes, à la recherche des nerfs que vous « avez décrits et fait dessiner dans le péritoine de l'homme, j'ai cru qu'il « vous serait agréable de connaître le résultat de mes recherches. Je « vous avoue qu'après toutes les controverses auxquelles votre décou- « verte avait donné lieu, quelques doutes m'étaient survenus, et que je « m'estimais heureux de pouvoir employer un animal colossal pour « résoudre le problème. J'ai examiné pour cela, tant la surface externe « de la paroi abdominale du péritoine que du mésentère, et cet examen, « que je crois avoir fait avec soin, m'a donné la conviction que *la des-* « *cription et les dessins que vous avez donnés des nerfs du péritoine* « *portent le cachet de la plus grande exactitude.*

« En disséquant la lame de tissu cellulaire (*tela conjunctiva* des « Allemands) située sur la surface lisse du péritoine, j'ai décidément « observé tout cet entraînement de fibres qui, d'après vos recherches, « contribuent à donner au péritoine un caractère propre et un degré « convenable d'élasticité. Cependant je ne crois pas que ces fibres-ci « appartiennent au système nerveux. Afin de m'éclairer là-dessus, j'ai « pris le microscope et j'ai examiné le péritoine après l'avoir fait trem- « per pendant quelque temps dans de *l'acide muriatique* (*sic*) dilué « d'esprit-de-vin. Je me suis assuré par là que ces fibres ne prennent « pas alors une couleur plus blanche, mais qu'elles conservent au con- « traire leur couleur gris cendré.

« *Par ce caractère* et par leur entrecroisement, ces fibres se distin- « guent d'une autre espèce de fibres blanches qui sont placées dans le « réseau du tissu cellulaire ou conjonctif.

« En résumé, il me paraît que votre planche est exacte et que la déter- « mination des fibres est la seule chose qui devrait être changée dans « la description que vous en avez donnée ; *car il me semble que vous* « *avez tort de dire que toutes ces fibres sont nerveuses, et sur ce* « *point-là M. Pappenheim aurait eu raison en disant que vous avez* « *confondu des fibres de tissu cellulaire avec des fibres nerveuses.* « Cependant je ne vous en fais pas de reproches ; car le mérite vous « reste toujours d'avoir indiqué que parmi elles se trouvent des fibres « de nerfs. Mes préparations, que j'ai fait voir à la première classe de « l'institut royal des Pays-Bas, aux séances des 3 et 31 octobre, *ont fait* « *voir un grand nombre de filets nerveux que l'on aperçoit faci-*

« *lement à l'œil nu, et qui partent de branches assez fortes.* Aucun « des juges compétents qui assistaient à ces séances n'a conservé de « doutes sur la nature nerveuse de ces filets ; mais ils ont exigé que je « démontrasse aussi leur structure microscopique.

« L'expérience m'a cependant démontré que, dans des nerfs qui ont « été exposés pendant quelque temps à la macération avant d'avoir été « placés dans quelque liquide conservateur, il est impossible de recon- « naître les fibres primitives. *La substance médullaire disparaît et « les cylindres restent seuls.* Par là, chaque fibrille nerveuse a l'as- « pect d'une gaîne dans laquelle sont contenues d'autres gaînes plus « minces. Je crois devoir insister sur cette particularité dont la con- « naissance me paraît indispensable pour tous ceux qui veulent distin- « guer les fibres nerveuses de celles du tissu cellulaire. Je me suis « assuré que ces cylindres vides sont vraiment des fibres nerveuses « primitives, qui sont changées parce qu'elles ont perdu leur contenu. « J'ai examiné sous le microscope, avec M. le docteur Doijer, le *nerf « ischiatique* d'une grenouille récemment morte, et après m'être assuré « de la disposition des fibres primitives, je fis macérer un segment de « ce nerf pendant huit jours dans de l'eau. L'examen microscopique « nous démontra, après ce laps de temps, que les fibres primitives « avaient perdu leur contenu, et avaient pris l'aspect des *fibres primi- « tives du péritoine chez l'hyperoodon.*

« Ainsi il ne me reste aucun doute sur le caractère étiologique de « ces fibres. *Là où les fibrilles nerveuses proviennent de troncs diffé- « rents, elles s'entrecroisent et s'anastomosent : leur nombre est « très-grand, ce qui a été nié à tort par M. Pappenheim.* Reste à « savoir si elles passent simplement le long de la lame lisse du péritoine, « ou si elles y pénètrent en s'y distribuant. Je n'ai pas d'opinion là-des- « sus. En disséquant la couche de tissu cellulaire qui se trouve à la sur- « face externe du péritoine, *je vois un grand nombre de fibres qui « entrent dans la lame lisse ; mais à leur aspect externe, je n'ose- « rais affirmer si elles sont des fibres nerveuses.* »

Après cet énoncé de sa lettre et de son mémoire, qui a trait plus spécialement aux nerfs du péritoine de l'hyperoodon, M. W. Vrolik entre dans quelques considérations sur la structure générale de cette membrane. Il pense que la lame lisse, ou la *tela conjunctiva*, renferme deux couches, composées l'une et l'autre de fibres entre-croisées. Mais la *couche externe pariétale* est formée par un réseau lâche et spongieux ; c'est parmi ses fibres qu'il s'en trouve de nerveuses en si grand nombre. La *couche interne*, au contraire, la couche épithéliale ou splanchnique, est tirée de fibres plus fort s et plus compactes, qui lui ont paru sans mélange de nervules et formées seulement par du tissu élastique. C'est

cette lame serrée que MM. Todd et Bowman ont nommée *basement membrane.*

Enfin M. W. Vrolik, en terminant sa lettre, déclare avec une bienveillante politesse que ses recherches sont confirmatives des miennes. Comme un témoignage de son admiration pour notre premier corps savant, il me prie d'offrir à l'Académie des sciences de Paris son mémoire imprimé, qu'il m'a envoyé à cet effet, et il émet le vœu que cette illustre Société veuille bien admettre l'insertion de son travail dans les comptes rendus de l'Institut de France, où sont déjà consignés les extraits des autres mémoires sur les nerfs du péritoine.

Au travail de M. W. Vrolik, dont le nom est d'un si grand poids pour la solution affirmative de la question anatomique de l'appareil nerveux des séreuses, je crois devoir ajouter quelques observations propres à faire évanouir les légères différences, plutôt apparentes que réelles, qui semblent exister entre les résultats obtenus par ce célèbre anatomiste et ceux que j'ai consignés dans mon premier mémoire sur les nerfs du péritoine.

Dans ma lettre à l'Académie des sciences, du 22 décembre 1845, en réponse à la communication de M. Pappenheim, du 24 novembre précédent, je constatais que la discussion avec ce savant micrographe n'était plus qu'une *question de quantité.*

Eu égard donc à la quantité, voici que M. W. Vrolik, après avoir trouvé les nerfs du péritoine chez l'hyperoodon, affirme *qu'ils y sont en très-grand nombre*, et que c'est à tort que ce dernier fait a été nié par M. Pappenheim. De plus, comme je l'avais également annoncé, les nerfs provenant de troncs différents forment un canevas par leurs entrecroisements et leurs anastomoses.

Mais par contre, en ce qui me concerne, le célèbre anatomiste hollandais croit que les nerfs péritonéaux ne sont cependant pas aussi nombreux que je l'ai dit, et que, dans une certaine part, j'aurai pris pour des nervules des fibres de simple tissu élastique.

A cette opinion, il me semble que l'on peut répondre par plusieurs arguments.

1° J'ai dit que le derme des séreuses paraissait formé, *au moins pour la plus grande part*, de nervules tissés en canevas; mais je n'ai point affirmé que ce canevas ne renfermât exclusivement que des nerfs, et qu'il ne s'y trouvât aucun filament simplement fibreux de liaison, car je ne pouvais en avoir aucune preuve positive. Sans doute, et c'est ainsi que je l'ai désiré faire entendre, il résulte bien de mes assertions que le derme des séreuses, chez l'homme, serait presque entièrement formé par des nerfs; mais j'avoue que les nouvelles recherches sur le péritoine de l'hyperoodon sont bien de nature à fortifier cette opinion, et auraient

pu me la faire naître, comme à tout autre, si elle ne m'était pas venue de prime abord par l'observation directe.

2° M. W. Vrolik, outre les filaments nerveux en si grand nombre qu'il a reconnus positivement, signale, sur la face externe du péritoine, des fibres également très-nombreuses, qu'il semble bien avoir été tenté de prendre aussi pour des nerfs, puisque, d'après leur aspect, il n'ose affirmer qu'elles en soient.

Or le caractère sur lequel il s'appuie, contradictoirement à mon assertion, pour restreindre le nombre des nervules, c'est que beaucoup de filaments que j'aurais pris pour tels, au lieu de blanchir, comme je l'ai dit, par leur immersion dans de l'acide étendu, restent au contraire d'une couleur gris cendré. Mais qu'il me soit permis de relever ici un léger malentendu : c'est de l'acide muriatique, étendu avec de l'alcool, qu'a fait usage M. W. Vrolik, et c'est de l'eau acidulée avec l'acide azotique que j'avais recommandé l'emploi. Je ne fais qu'indiquer cette simple observation, qui explique d'elle-même la différence de coloration signalée par l'auteur. Je rappelle en outre que le fondement de ma conviction sur la nature nerveuse des filaments n'est point basé sur leur coloration blanche, qui n'a d'autre effet que de les rendre plus visibles, mais sur leur émergence directe des nerfs de toute sorte, également évidente, soit que l'on remonte des nervules vers les troncs nerveux d'origine, ou que l'on descende de ces troncs vers les nervules qu'ils fournissent.

4° Enfin, et cette dernière observation est la plus importante, M. W. Vrolik considère le péritoine comme formé en majeure partie du tissu cellulaire et fibreux élastique : d'où il suit que le système nerveux ne s'y mêlerait que dans une proportion relativement assez faible. A cette proposition, ma réponse est bien simple : M. Vrolik a décrit le péritoine de l'hyperoodon et moi celui de l'homme. Or chacun sait que, dans tous les tissus, entre des animaux différents, le développement de l'appareil nerveux est proportionné au degré relatif de sensibilité de l'animal et au rang qu'il occupe dans l'échelle des organismes. J'ai dit, dans le deuxième mémoire que j'ai lu à l'Académie de médecine (16 septembre 1845), ce qu'il m'a semblé que l'on pouvait penser des séreuses comme organes nerveux; mais outre cette fonction de premier ordre, et qui leur assigne le rang le plus élevé dans l'organisme, les membranes séreuses, comme on en a fait l'observation de tout temps, ont aussi des usages dynamiques qui exigent, chez les grands animaux, des renforcements proportionnés de tissu fibreux. Le péritoine de l'hyperoodon s'est montré à M. Vrolik extrêmement épais et fort. Sans doute, et il répond à ce qu'on devait attendre d'un animal si colossal qu'on a cru pouvoir le nommer *baleine à bec* (*balæna rostrata*). Par conséquent le système nerveux doit s'y trouver en proportion d'autant moindre ; car il est évi-

dent que c'est l'accumulation d'un élément fibreux de renforcement qui doit être la cause de son augmentation d'épaisseur et de consistance. Si donc, malgré cette condition désavantageuse, le péritoine d'un énorme cétacé s'est montré pourvu, à la dissection, de nerfs en très-grand nombre, on comprend que chez l'homme, relativement si petit de dimensions, infiniment plus sensible, et dont tout l'organisme est bien autrement solidaire dans toutes les parties, les nerfs d'un appareil nerveux aussi important que celui des séreuses doivent se trouver dans un nombre incomparablement bien plus considérable, surtout relativement à l'épaisseur de la membrane dont ils font partie : d'où il résulterait que si l'hyperoodon avait été originairement le point de départ des observations, on aurait pu prévoir par raisonnement, chez l'homme, ce que j'y ai reconnu tout d'abord par l'observation directe, que l'élément fibreux s'y trouve presque réduit à la proportion nécessaire pour servir d'enveloppe aux réseaux nerveux, et former du même coup le squelette flexible de de la séreuse.

D'après ces considérations, si je ne me trompe, les savantes recherches de M. Vrolik, confirmatives des miennes sur le fait principal, les corroborent même sur les points où elles paraissent s'en éloigner ; car les différences apparentes entre nos résultats ne sont que la traduction des variétés d'organisation entre les sujets de nos recherches : ces sujets doivent se distinguer, dans un même tissu, par une prédominance inverse, celle de l'appareil nerveux chez l'homme et celle de l'appareil fibreux chez l'hyperoodon.

En somme, M. Vrolik a rendu un véritable service à la science, par ce mémoire original qui établit désormais hors de toute contestation l'existence en très-grand nombre des nerfs dans les séreuses. En ce qui me concerne, je lui suis fort reconnaissant d'avoir jugé mes recherches dignes de sa vérification, comme je me tiens pour très-honoré qu'un savant de ce mérite ait bien voulu me charger d'offrir son beau travail à l'Académie des sciences.

Veuillez me pardonner, monsieur le président, la longueur des développements contenus dans cette lettre ; mais j'avoue qu'ils m'ont paru indispensables pour constater définitivement une découverte anatomique si vivement désirée depuis longtemps, en raison de l'importance de ses applications à la physiologie générale, à la médecine et à la thérapeutique.

Agréez, etc.

— M. Guépin (de Nantes) adresse une note complémentaire de son mémoire sur la cataracte et sur les améliorations apportées à cette opération.

— M. Baudelocque demande que l'Académie veuille bien faire exa-

miner par l'un des membres de l'Académie l'état auriculaire d'une sourde-muette de naissance et idiote, âgée de 9 ans, qu'il a soumise à un nouveau traitement médico-chirurgical, et chez laquelle il a développé l'audition des sons et des éléments de la parole, audition qui était complétement nulle avant le traitement.

— M. Gustave Crussell, médecin de la Finlande, adresse un mémoire relatif au traitement électrolytique, ou galvanisme, comme remède chimique contre les maladies locales.

— M. Deleau adresse une lettre par laquelle il sollicite un rapport sur les communications qu'il a faites à l'Académie relativement à son système de pulvérisation des calculs.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DU 29 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

La séance est consacrée aux élections des commissions permanentes.

SÉANCE DU 5 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. BÉGIN.

La taille et la lithotritie. — M. Roux a la parole pour un rapport fait en son nom et au nom de M. Velpeau sur deux mémoires à l'Académie, l'un par M. Fleury (de Clermont), fils de l'ancien correspondant de ce nom ; le second par M. Raynaud (de Montauban), relatifs tous deux aux opérations que réclament les calculs de la vessie.

Le travail de M. Fleury consiste dans l'exposé détaillé et raisonné d'un cas de lithotomie pratiquée sur un sujet de 35 ans, par la méthode bilatérale, pour un calcul volumineux et remarquable par cette circonstance que la matière calculeuse était déposée autour d'une alène de cordonnier.

M. Raynaud rend compte, dans son travail, de quatre opérations de taille pratiquées avec succès sur des enfants de 4 à 10 ans, et d'un cas de lithotritie heureusement terminée en une seule séance sur un sujet adulte.

M. Roux entre dans quelques considérations à l'occasion de ces deux communications. Il fait remarquer que l'affection calculeuse, dans l'enfance, ne se rencontre guère que dans les classes inférieures de la société, qu'elle est plus commune dans les campagnes que dans les villes; sur 100 ou 150 enfants calculeux que M, Roux peut avoir opérés, il n'en a rencontré que 3 qui n'appartinssent point à la classe pauvre. Relativement à l'hémorrhagie dont un des opérés de M. Raynaud avait failli devenir victime, M. Roux fait remarquer sa rareté dans l'opération de la taille chez les enfants, son innocuité presque constante, et il rappelle les circonstances anatomiques qui rendent compte de se fait. De tous les moyens auxquels on peut avoir recours dans ce cas, celui sur lequel

on peut le plus compter, suivant M. le rapporteur, est la ligature immédiate de l'artère honteuse interne, là où cette artère côtoie la face interne de la tubérosité de l'ischion.

M. Roux termine par quelques réflexions sur les avantages respectifs de la taille et de la lithotritie, et par un rapide parallèle entre ces deux méthodes. Pour les enfants, la question ne lui paraît pas douteuse : la petitesse des organes, la nécessité où l'on serait de réduire le calibre des instruments au détriment de leur solidité, et surtout le peu de dangers inhérents à l'opération de la taille à cet âge, tout concourt à faire préférer cette dernière opération. Pour les adultes il n'en est pas de même ; mais tout en ne niant pas les résultats avantageux de la lithotritie, M. Roux persiste à la considérer comme une méthode exceptionnelle, tandis que la taille mérite de rester comme méthode générale.

Conclusions : adresser des remercîments aux auteurs ; renvoyer leurs communications au comité de publication, et insérer leurs noms sur la liste des candidats au titre de correspondant.

M. Moreau demande l'insertion du rapport dans le Bulletin. (C'est de droit.)

M. Velpeau déclare que le rapport est l'œuvre de M. Roux seul, et qu'il doit par conséquent lui en laisser tout l'honneur. Il s'est borné, en qualité de membre de la commission, à en prendre connaissance et y donnner son approbation. Cependant, ajoute-t-il, je demanderai la permission de faire quelques réflexions. M. Roux a dit, en parlant du travail présenté tout récemment à l'Académie des sciences par M. Civiale, que l'auteur n'accusait dans son relevé statistique que 7 cas d'opération suivis de mort, sur un total de 260. M. Roux n'a sans doute pas fait attention que ce chiffre de 7 ne représentait pas le nombre réel des morts, que ce chiffre devrait être porté à 20 et quelques au lieu de 7 qui a été inscrit.

Autre remarque. Je crois qu'il est encore très-difficile de dire, dans l'état actuel des choses, dans quelle proportion la lithotritie a été utile à l'humanité. Rien n'est plus aisé que de se méprendre sur les résultats réels de cette méthode : on ne doit pas oublier que la lithotritie fait un choix ; or, quand les lithotriteurs font leur choix, ils choisissent non-seulement les sujets propres à la lithotritie, mais aussi ceux qui seraient propres à l'opération de la taille, tandis qu'ils n'abandonnent aux chirurgiens, qui pratiquent cette dernière opération, que les individus qui se trouvent dans la position la plus grave et la plus défavorable au succès de l'une ou de l'autre opération. On conçoit combien, avec de semblables éléments, il devient difficile de comparer. Je voudrais donc qu'on posât une bonne fois la question d'une manière nette, que

sur un chiffre donné de calculeux, pris au hasard et dans toutes les conditions possibles, la moitié fût confiée à la lithotritie et l'autre moitié à la taille, et que l'on comparât de part et d'autre les résultats. J'ai commencé moi-même à faire un travail de ce genre ; j'ai trouvé que, sur 300 sujets qui se sont présentés à la lithotritie, et dont 270 environ ont été opérés, 60 sont morts. Or je voudrais savoir si c'était là la proportion des morts lorsqu'on ne pratiquait que l'opération de la taille.

M. Amussat : Cette discussion est trop importante pour l'improviser ainsi a la fin d'une séance. Je croyais, après la dscussion solennelle qui a eu lieu sur cette question, il y a dix ans, que la lithotritie était définitivement considérée comme préférable à la taille. Puisqu'il n'en est pas ainsi, et que de nouveaux doutes sont élevés, je demande que cette question soit reprise et mise à l'ordre du jour de l'une des prochaines séances. (Appuyé.)

M. Desportes rappelle que l'Académie a déjà mis à son ordre du jour une question également importante, celle du rôle que joue la rate dans les fièvres intermittentes. Il demande que cette question conserve son ordre de priorité.

M. Le Président : Je reçois à l'instant une lettre de M. Piorry qui demande que cette question soit mise à l'ordre du jour de mardi prochain. S'il n'y a aucune opposition, l'ordre restera ainsi fixé. (Approuvé.)

M. Lagneau présente, au nom d'un membre correspondant, M. Bailleul, un instrument destiné à maintenir la sonde dans la vessie. L'examen de cet instrument et de la note qui l'accompagne est renvoyé à une commission.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée avant cinq heures.

SÉANCE DU 12 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. BÉGIN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Nouveau moyen de supprimer la douleur dans les opérations chirurgicales. — M. Malgaigne annonce que, d'après les indications récemment publiées par les journaux américains, il a essayé le nouveau moyen auquel on a attribué le pouvoir de supprimer la douleur dans les opérations chirurgicales. Il rend compte en ces termes du résultat de ses essais.

Le premier malade est un jeune homme de 18 ans, lequel avait un phlegmon suppuré à la partie inférieure de la jambe. On lui fit respirer de l'éther sulfurique pendant deux minutes, ce qui suffit pour le plonger dans un assoupissement complet. L'abcès fut ouvert avec le bistouri ; une demi-minute après, le malade s'éveilla ; il n'avait rien senti, à tel point qu'il croyait n'avoir point subi l'opération, et disait s'y résigner.

Un italien un peu plus âgé, qui portait une tumeur du cou, dut res-

pirer l'éther pendant cinq minutes ; après son réveil, l'opération terminée, il dit avoir eu la conscience qu'on lui enlevait sa tumeur, mais n'avoir éprouvé aucune douleur.

La troisième malade était une jeune femme présentant aussi une tumeur du cou, qui ne tomba dans l'assoupissement qu'au bout de dix-huit minutes. Elle ne sentit pas la première incision, mais se réveilla immédiatement après, et souffrit, pendant le reste de l'opération, comme si elle n'avait pas été soumise à l'inhalation étherée.

Hier matin, un homme, qui avait eu la jambe broyée par un wagon du chemin de fer, dut subir l'amputation, qui lui fut faite au lieu d'élection. Il fut soumis aux vapeurs éthérées pendant dix-sept minutes. Au sortir de son état léthargique, il déclara avoir eu conscience de l'opération qu'on pratiquait snr lui, mais n'avoir pas plus soufiert que si on lui avait légèrement égratigné la jambe avec la pointe d'un d'un canif.

Enfin, un jeune homme, auquel on avait pratiqué l'opération du strabisme, respira l'éther pendant dix minutes sans en éprouver aucun effet, et souffrit pendant l'opération autant que les malades ordinaires.

Sur la demande de M. Nacquart, M. Malgaine explique les procédés dont il s'est servi pour faire respirer l'éther à ses opérés. Les chirurgiens américains se servent d'un ballon à deux tubulures, contenant 30 à 50 grammes d'éther sulfurique et quelques petits morceaux d'éponge destinés à favoriser, par l'augmentation de l'étendue des surfaces, la vaporisation de l'éther. Pour le premier de ses malades, M. Malgaigne s'est servi d'un tube ordinaire, que le sujet tenait dans sa bouche. Pour les autres, il a fait introduire dans l'une des narines, l'autre étant fermée, un tube plongé dans un flacon, dans le fond duquel était l'éther sulfurique. Le sujet inspirait par le nez et expirait par la bouche.

M. Velpeau : Le moyen, dont vient de parler M. Malgaigne, est employé depuis quelques mois en Amérique et depuis plusieurs semaines en Angleterre. Il a été employé d'abord par un dentiste de Boston, qui voulut en faire un secret, et qui proposa plus tard aux chirurgiens de l'hôpital d'expérimenter ce procédé. Il y a six semaines environ, on est venu me proposer d'en faire l'essai dans mon service, mais sans vouloir me dire en quoi consistait ce moyen ; je ne dus pas y consentir. Peu de jours après, je connus le procédé par une lettre de Boston. J'avoue qu'alors même je n'osai pas en faire l'essai. L'éther n'est pas une substance indifférente pour l'économie. J'ai craint que l'inspiration d'une grande quantité d'éther ne produisît quelque accident sérieux, qui contrebalançât l'avantage qu'en aurait pu tirer le malade, et je me suis abstenu. Je me suis demandé d'ailleurs, sans pouvoir résoudre la question, jusqu'à quel point l'effet produit par l'éther serait assez durable pour être de quelque utilité dans une opération de longue durée.

M. Guibourt : Je ferai observer à MM. les chirurgiens que l'appareil pour les inspirations médicamenteuses, que l'on trouve dans toutes les pharmacies, pourrait très-facilement être mis en usage pour cette opération. Quant aux craintes que vient d'exprimer M. Velpeau sur les dangers de ces inspirations, je déclare qu'elles ne sont nullement fondées. Je respire depuis longtemps de l'éther en quantité considérable, dans des expériences auquelles je me livre sur ces produits, et jamais je n'en ai éprouvé la plus légère incommodité

MM. Chevallier et Boullay témoignent dans les mêmes termes que M. Guibourt de l'innocuité parfaite des inspirations d'éther.

L'ordre du jour appelle la discussion sur l'influence de la rate dans la production des fièvres intermittentes.

Théorie des fièvres intermittentes. — Du rôle de la rate dans la production de ces fièvres. — M. Piorry, après un court préambule dans lequel il fait remarquer l'importance du sujet dont il va s'occuper et se félicite d'avoir soulevé une semblable question, explique par quelle série d'observations et de recherches il est parvenu à la détermination des faits qu'il soumet aujourd'hui à l'Académie. Puis, abordant le fond du sujet, il expose dans les termes suivants la théorie sur laquelle il désire appeler la discussion :

1° Un accès de fièvre complet : frisson, chaleur et sueur, est un accès de névropathie progressive qui part des plexus abdominaux et thoraciques, et notamment de ceux de la rate, des reins et des organes génitaux. Cette névrie parcourt d'une manière successive divers points de l'appareil cérébro-spinal, à partir des plexus nerveux, remonte vers les centres et s'étend ensuite vers la circonférence. Elle se reproduit vers la peau et cause les frissons de la même manière qu'on voit les névralgies variées, utéralgie ou autres, se répéter vers d'autres points du système nerveux.

2° Les accès de fièvre, qui se renouvellent en petit nombre et d'une manière périodique, peuvent avoir une origine première dans les plexus rénal, spermatique, ovarique, etc.; dans de tels cas, la névropathie s'étend de ces plexus vers les nerfs spléniques.

3° Ces accès périodiques, soit quotidiens, soit tierces (se reproduisant de deux jours l'un), soit quartes (ayant lieu un jour sur quatre), etc., ont leur véritable point de départ dans les ramifications du plexus splénique.

4° Des lésions variées de la rate (splénémie, splénite, hypersplénotrophie, etc.) peuvent donner lieu à cette névropathie.

5° C'est la splénémie avec augmentation de volume qui cause le plus souvent les fièvres intermittentes légitimes.

6° Cette lésion de la rate est, le plus ordinairement, produite par les miasmes marécageux.

7° Le premier effet de ceux-ci est une affection directe sur le sang (premier temps de la production de la fièvre toxémie paludéenne). Il y a alors une véritable toxémie.

8° L'effet de cette altération est d'agir sur la rate (deuxième temps splénopathie) et causer l'engorgement sanguin, l'hypertrophie de cet organe, et, partant, la névropathie périodique (troisième temps), qui caractérise la fièvre intermittente. C'est ici une lésion locale, suite d'une anomémie, semblable à la souffrance de la vessie, du cœur, etc., par suite d'un mélange de la cantharidine ou de la digitale avec le sang. (V. l'article *Toxémie* du *Traité de médecine pratique*.)

9° A son tour, cette splénopathie porte sur le sang une action particulière manifestée par la teinte spéciale, par l'état de faiblesse générale, etc., que présentent les personnes atteintes de fièvres intermittentes anciennes (quatrième temps, anomémie splénique).

A l'instant où M. Piorry termine, MM. Rochoux, Bouillaud et Castel demandent la parole.

M. Rochoux : Toute mon argumentation se réduira à deux propositions claires et faciles à établir :

1° La fièvre intermittente commence avant que la rate soit malade ;

2° Les accès cessent pendant que la rate reste engorgée.

Mais, avant de déterminer ces deux propostions, je crois utile de réduire la question à ses proportions réelles, qui, à mon avis, sont très-minimes. Pour cela, je commencerai par quelques considérations sur la structure de la rate, La rate est un tissu érectile ; si elle a quelque rôle physiologique à remplir dans l'économie, c'est de servir de diverticulum au sang pendant l'accomplissement de certaines fonctions, celle la digestion par exemple. Les expériences de M. Magendie l'ont parfaitement établi. Après avoir mis à nu la rate chez des chiens, dans des instants donnés, et l'avoir trouvée très-volumineuse, M. Magendie l'a saupoudrée avec un peu de strychnine, et il l'a vue aussitôt se ratatiner. C'est donc un tissu éminemment érectile, et, comme tous les tissus érectiles, susceptible d'éprouver de grandes variations de volume sans qu'il en résulte aucun accident ni malaise..... au contraire. Enfin, dans d'autres expériences, la rate a pu être enlevée, sans que l'animal ait paru en éprouver par la suite aucune incommodité notable. Ainsi la théorie, les expériences physiologiques, l'anatomie, tout concourt à démontrer que la rate ne peut avoir une grande influence sur la fièvre intermittente. Je ne puis, enfin, m'empêcher de reproduire l'objection qui est à mes yeux la plus décisive, quoique M. Piorry n'ait point voulu l'adopter ; c'est ce qui se passe journellement aux Marais-Pontins. Il en est de même

dans tous les foyers marécageux. Il suffit de passer une nuit dans les environs de Rochefort pour avoir des accès de fièvre.

Dans les Antilles, les étrangers aiment beaucoup à se livrer à la chasse des oiseaux de passage. Les habitants, qui connaissent le danger de cette chasse, l'évitent; mais les nouveau-venus, moins prudents ou ignorants du danger, s'y exposent, et il est rare que dès le premier jour ils ne soient pris d'accès de fièvre. Enfin, nous savons tous qu'il suffit quelquefois d'introduire une sonde dans la vessie pour déterminer des accès fébriles. Il en est de même encore à la suite d'un bain froid. Or, dans tous ces cas, la rate était-elle grosse, était-elle malade avant l'accès? D'un autre côté, ne savons-nous pas que des rates restent grosses chez des individus qui ont eu des accès de fièvre, bien que ces accès soient depuis longtemps dissipés? On lit dans Torti (et ce que l'on trouve dans cet auteur, pour être vieux, n'en est pas moins vrai) qu'il a guéri très-rapidement la fièvre intermittente chez des sujets qui n'en avaient pas moins conservé une rate grosse. Il existe enfin d'énormes développements de la rate qui n'ont jamais été accompagnés de fièvre intermittente. J'en citerai pour exemple un de nos confrères qui est dans ce cas, et qui a dû aller prendre les eaux de Vichy. Il est vrai que M. Piorry a cité des exemples de coups reçus sur la rate et suivis d'accès de fièvre, mais personne de nous, que je sache, n'a jamais dit ni prétendu qu'un coup sur la rate pût prévenir la fièvre; mais autre chose est de ne pas empêcher la fièvre ou de la produire. En résumé, dans mon opinion, ce n'est pas le gonflement de la rate qui produit la fièvre: ce gonflement n'est qu'un accident consécutif, de peu d'importance, si l'on considère surtout le peu d'importance des fonctions physiologiques de cet organe.

M. Piorry: Libre à M. Rochoux d'avoir telle opinion qu'il voudra sur cette question et d'en méconnaître l'importance; c'est au jugement de l'Académie elle-même, qui a jugé cette question assez importante pour la mettre à son ordre du jour, que j'en appellerai de l'opinion de M. Rochoux. M. Rochoux croit que la rate est un diverticulum; il argue, pour établir ce fait, des expériences de M. Magendie; il ajoute qu'on a enlevé la rate sur des animaux vivants, et que ces animaux ont continué à vivre sans éprouver de troubles notables dans leur fonctions. Mais quel rapport y a-t-il entre ces faits et la question actuelle? Aucun. La vraie question est de savoir si la rate est ou non malade dès le premier accès de fièvre, si elle reste malade pendant la durée de la fièvre, et si la persistance de la lésion de la rate entraîne la persistance des accès. Telle est la question; peu importe au fond, pour la solution de cette question, que nous connaissions ou non les fonctions de la rate. Mais puisque M. Rochoux a voulu aborder la question sous le point de vue physiologique, je l'accepte ainsi. Je regrette que notre honorable col-

lègue n'ait pas eu connaissance des faits et des expériences pathologiques en grand nombre qui détruisent sa théorie ; il saurait que la rate n'est pas un diverticulum, un ganglion sanguin, comme on l'a dit. Les rapports physiologiques de la rate expliquent, en effet, pourquoi elle ne change pas de volume à l'occasion des troubles de la circulation, tandis que le foie, au contraire, augmente constamment de volume dans ce cas.

J'ai étudié le volume de la rate dans les différentes conditions physiologiques et pathologiques, après la course, par exemple, circonstance où l'on a prétendu que la rate augmentait de volume, et j'ai trouvé qu'elle avait conservé ses limites normales ; je l'ai examinée pendant les différentes périodes de la digestion, et je l'ai trouvée invariable ; je l'ai examinée dans toutes les affections fébriles continues, et dans aucune de ces maladies je n'ai trouvé la rate grosse.

M. Rochoux a dit : La rate n'est pas grosse avant la fièvre. Mais les malades ne consultent un médecin évidemment que quand ils sont malades et non avant. Il y a toujours eu au moins un accès lorsque le médecin est appelé ; or, lorsque après un ou deux accès la rate est volumineuse, n'en doit-on pas conclure qu'elle l'était déjà lorsque le premier accès a eu lieu ? On a parlé enfin de l'action du bain froid. J'ai fait des expériences à ce sujet : j'ai fait prendre à des sujets, bien portants d'ailleurs, un bain froid jusqu'à ce qu'il s'ensuivît un frisson avec tremblement prononcé ; j'ai examiné la rate pendant et après ce frisson, et je ne l'ai jamais trouvée grosse. J'ai répété cette expérience quatre ou cinq fois ; on comprendra aisément pourquoi je n'ai pas voulu la réitérer davantage. Dans des maladies dont le début est marqué par des frissons très-violents, dans la pneumonie par exemple, je n'ai jamais trouvé non plus la rate volumineuse ; tandis qu'au contraire, toutes les fois que j'ai observé des accès intermittents, j'ai constamment trouvé la rate grosse dès les premiers accès, et le volume de la rate n'augmentait point ensuite pendant le cours de la maladie, en raison de la multiplicité des accès.

Quant aux faits d'altération primitive de la rate, ce n'est pas au nombre de 2 ou 3, comme semble le croire M. Rochoux, que je les ai observés, mais au nombre de 20 à 25. M. Piorry cite ici quelques exemples, dans lesquels la rate offrait quelque lésion ou quelque déplacement antérieurement aux accès de fièvre.

Enfin, M. Rochoux dit qu'on voit des sujets chez lesquels la rate reste volumineuse, bien qu'ils n'aient plus d'accès. Mais est-ce là une objection sérieuse? Ne voit-on pas journellement dans les hôpitaux des individus qui ne toussent pas, et chez lesquels l'exploration fait reconnaître l'existence de masses tuberculeuses considérables, d'autres avoir des can-

cers de l'estomac, sans que leurs digestions en paraissent troublées? En conclura-t-on que les tubercules ne font pas tousser, et que le cancer ne trouble pas la digestion? Il est certain que, lorsque la rate est désorganisée, il peut arriver que son système nerveux soit assez profondément détruit, pour que la souffrance cesse de se manifester par des accès fébriles ; mais ce sont là des cas rares. Les faits qu'invoque M. Rochoux sont relatifs, pour la plupart, à des sujets déjà atteints plusieurs fois de fièvre d'accès dont ils n'ont été qu'incomplétement guéris ; chez ces sujets, la rate est affectée chroniquement, les symptômes cessent de se manifester avec la même acuité qu'au début ; aussi voit-on chez ces malades des accès irréguliers, anormaux, des débris en quelque sorte de leur maladie primitive.

M. Bouillaud : M. Piorry a cru devoir faire précéder son argumentation de quelques précautions oratoires ; je n'en prendrai qu'une seule, et elle sera relative à M. Piorry lui-même. J'exprimerai le désir et l'espoir que l'*entente cordiale*, qui a toujours régné entre nous, ne soit pas altérée par l'opposition que je me trouve dans la nécessité de faire à sa manière de voir. La théorie que M. Piorry vient de nous exposer n'est point nouvelle ; M. Audouard l'a déjà énoncée en termes tellement formels qu'il a même donné à la fièvre intermittente le nom de *fièvre splénique*. Que si M. Piorry croit être allé plus loin en considérant la fièvre intermittente comme une névropathie, je serai obligé de reconnaître encore que l'idée n'est pas de lui ; plusieurs auteurs l'ont avancée avant lui. Cela posé, j'arrive au grand fait. Je ne parlerai que des fièvres intermittentes de Paris, les seules que j'aie été à même d'observer. On sait que ce ne sont point des fièvres paludéennes proprement dites, mais qu'elles sont dues à d'autres conditions qu'on rencontre dans un grand nombre d'autres parties de la France. Je me suis attaché depuis longtemps à examiner avec soin la rate dans tous les cas de fièvre intermittente que j'ai observés, et ils s'élèvent bien à 250 environ, et voici ce que j'ai constaté. Il est certain que, dans la majorité des cas, il y a une intumescence de la rate ; mais d'un autre côté, on n'assiste presque jamais au premier accès, de sorte qu'il est impossible de savoir si cette intumescence existait lorsque ce premier accès a eu lieu. Cependant, dans quelques cas où des malades, entrés à l'hôpital pour d'autres affections, y ont été pris sous mes yeux d'accès de fièvre, j'ai saisi l'occasion d'explorer la rate dès le premier accès, et dans ce cas je ne l'ai jamais trouvée tuméfiée. C'est à peine si j'ai pu constater une différence d'un centimètre ou deux. La rate m'a paru, dans ces cas, se tuméfier, et augmenter graduellement de volume au fur et à mesure des accès. J'ai vu enfin, comme M. Rochoux, de ces rates énormes et profondément altérées sans accès de fièvre. Je ne puis donc partager l'opinion de

M. Piorry, qui admet que le volume de la rate est le même après plusieurs accès qu'au premier.

Dans les cas où le gonflement de la rate est noté dès le premier accès, ce gonflement est-il antérieur ou postérieur à l'accès de fièvre? Tel est le point capital à examiner. M. Piorry a dit que la rate ne se tuméfiait pas sous l'influence des troubles de la circulation, comme le fait le foie. Il est vrai qu'en général le foie est plus susceptible d'augmenter de volume sous l'influence des troubles circulatoires, dans les maladies du cœur notamment; mais la rate est loin de rester étrangère à cette influence, Il n'est pas rare, au contraire, de la voir se tuméfier dans ce cas. Les faits de M. Magendie, cités par M. Rochoux, sont d'ailleurs très-importants à cet égard. On a vu, sous l'influence d'une injection d'eau dans les veines, la rate se tuméfier énormément, tandis qu'elle se ratatinait à la suite d'une saignée; il ne faut donc pas dire que la rate échappe à l'influence des causes de troubles circulatoires. Il se pourrait donc qu'à la suite d'un accès de froid, d'un frisson très-violent, la rate, comme les autres viscères, fût gorgée de sang; je ne répugne pas à le croire. Je suis de ceux qui regardent les fièvres intermittentes comme une névrose active du système nerveux de la vie organique. Dans certaines névralgies, on voit survenir une fluxion; peut-être en est-il de même pour la rate : c'est là une chose que j'admets encore comme possible, mais sur laquelle je crois cependant que, dans l'état actuel, on ne peut rien affirmer. Mais il est des faits sur lesquels je cesse complétement d'être d'accord avec M. Piorry : ce sont ceux où il prétend avoir vu un coup sur la région de la rate ou une phlegmasie de cet organe déterminer un accès de fièvre. Jamais je n'ai vu de fièvre intermittente survenir dans ce cas, soit à la suite d'une lésion traumatique quelconque de la rate, soit à la suite d'une plegmasie. J'ai vu des phlegmasies de la rate, suivies de ramollissement et de suppuration, ne donner lieu à aucun accès fébrile. J'ai vu des cas de splénite par propagation d'une inflammation de la plèvre gauche, sans accès consécutifs. M. Piorry dit n'avoir jamais vu de gonflement de la rate dans d'autres maladies que les fièvres intermittentes, dans les pyrexies en général, quand il n'y a point d'accès; mais oublie-t-il que la rate est presque constamment tuméfiée dans la fièvre typhoïde, bien que la fièvre soit franchement continue? Enfin, quel que soit le moyen d'exploration auquel j'aie eu recours, soit le plessimètre, soit le doigt, je n'ai jamais vu les malades ayant des accès de fièvre accuser de la douleur dans la région splénique.

En résumé, si la théorie que vient de nous exposer M. Piorry n'est pas bonne, il n'en sera pas seul responsable, puisque d'autres l'ont avancée avant lui; et, quant au rapport qu'il établit entre le gonflement de la rate et la fièvre, il y a ici un rapport forcé, à mon avis, puisqu'on

trouve des cas de gonflement de rate sans fièvre intermittente, et réciproquement des cas de fièvre intermittente sans gonflement de la rate. Je ne considère donc pas le gonflement de la rate comme la cause de la fièvre intermittente; je crois plutôt qu'il faudrait le considérer comme un effet du retentissement de la névrose sur l'organe splénique, en supposant que la fièvre intermittente soit, comme je le pense, une névrose des nerfs de la vie organique.

Deux mots, avant de terminer, sur l'action du sulfate de quinine par rapport à la rate. Les résultats qu'a fait connaître M. Piorry à cet égard sont certainement très-curieux et neufs; cependant je dois dire que j'ai expérimenté aussi et que je n'ai pas obtenu des résultats aussi remarquables. J'ai donné le sulfate de quinine, à la dose de 40 centigr. dans 180 grammes d'eau, à des sujets qui venaient d'avoir un accès de fièvre et qui avaient la rate grosse; j'ai bien observé que la rate diminuait dans l'intervalle d'un accès à l'autre, mais je n'ai jamais vu qu'elle diminuât instantanément.

M. Piorry : M. Bouillaud vient de dire que ma théorie n'est pas nouvelle ; je tiens peu à la priorité de l'invention, d'autant que, dans mon opinion, c'est moins celui qui découvre une vérité que celui qui la démontre et la divulgue, qui en a le véritable mérite. J'ai cherché à démontrer un fait que je crois vrai, que l'honneur en revienne à un autre, soit ; pour moi, je me montrerai satifait si j'ai réussi à faire admettre le fait. M. Audouard avant moi, d'autres peut-être avant M. Audouard, Sauvagers, je crois, ont fait mention d'une *fièvre splénique*. Mais qu'importe leur théorie, s'ils ne l'ont pas prouvée? Or il était impossible de la prouver avant la découverte de la plessimétrie. M. Audouard, n'ayant eu aucun moyen de mesure exacte, ne pouvait donc point fournir la preuve de ce qu'il avançait.

M. Bouillaud n'a point trouvé les mêmes faits que moi. Cela n'est point étonnant ; M. Bouillaud percute très-bien avec le doigt, et il croit qu'on peut obtenir les mêmes résultats avec le doigt qu'avec le plessimètre ; mais c'est là une erreur. Les résultats sont fort différents ; ils ne sont jamais aussi nets et aussi exacts avec le doigt qu'avec le plessimètre.

M. Bouillaud n'a point vu la rate diminuer instantanément de volume sous l'influence du sulfate de quinine ; mais cela tient encore à la manière de procéder. Il donne 50 centigrammes de sulfate de quinine dans 180 grammes de véhicule ; je ne suis pas surpris qu'il n'ait pas vu la rate diminuer de suite. Dans ce cas, elle ne diminue en effet que très-lentement ; mais s'il avait donné 1 gramme de sel quinique dans 25 à 30 grammes d'eau seulement, comme cela se pratique dans notre service, il eût certainement observé les mêmes résultats que nous.

Laissons ces faits de côté, et reprenons l'argumentation grave et sévère de M. Bouillaud. M. Bouillaud dit que, dans quelques cas, il a vu la rate volumineuse, mais que dans d'autres, elle n'avait point changé de volume. Mais ai-je dit que, dans toutes les fièvres intermittentes, la rate fût grosse? J'ai dit que, toutes les fois que la rate était malade, il y avait fièvre intermittente. Il y a un grand malheur en médecine, malheur que Broussais avait bien signalé : c'est que l'on considère les états morbides comme une unité ; qu'on imagine des entités morbides au lieu de n'envisager que des organes malades. Si vous voulez prétendre que la fièvre intermittente est une maladie identique, toujours la même, qu'il y a fièvre intermittente toutes les fois qu'il se manifeste du frisson, de la chaleur et de la sueur se répétant deux ou trois fois de suite, la question sera évidemment insoluble. Il y a une différence entre les fièvres des marais et les accès fébriles passagers, tels que ceux qui se manifestent, par exemple, à la suite du cathétérisme. Ce que je maintiens, c'est que toutes les fois qu'il y a une névralgie ou une névropathie quelconque de la rate, soit directe, soit par sympathie, il y a fièvre d'accès.

Quant à l'objection tirée des maladies de la rate sans accès fébriles, M. Piorry n'y répond que par des dénégations et des assertions contraires. Toutes les fois, dit il, que j'ai eu à traiter des splénites, j'ai toujours vu survenir des fièvres intermittentes.

M. Piorry manifeste le désir, en terminant, qu'on scinde la question, afin de ne pas l'embrouiller, et qu'on veuille bien discuter séparément ce qui a trait à la pathogénie de la fièvre intermittente et ce qui concerne l'action du sulfate de quinine, deux questions distinctes.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

M. Roux présente un malade, auquel il a pratiqué une opération ayant pour but de remédier à une perforation du voile du palais.

La séance est levée à cinq heures.

REVUE ANALYTIQUE

DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

Journaux allemands, anglais, italiens, etc.

20. *Des hypothèses et des connaissances positives concernant la fibrine*; par le docteur ZIMMERMANN.

(Archiv für Physiologische Heilkunde.)

Dans ce mémoire très-long, l'auteur touche une foule de ques-

tions relatives à la fibrine et à la composition du sang, qui se résument pour lui dans les propositions suivantes :

1° La fibrine du sang veineux, couenneux ou non couenneux, est toujours soluble dans l'eau nitrée. La solution se fait plus tôt ou plus tard, quelles que soient la quantité de sel ou d'eau et l'élevation de la température.

2° On ne connaît pas encore suffisamment la solubilité de la fibrine du sang artériel de l'homme, cependant elle paraît moins soluble que celle du sang veineux. La fibrine du sang tant artériel que veineux du bœuf et du veau paraît insoluble ; la fibrine artérielle et veineuse du chien est très-soluble ; la fibrine artérielle du cheval est plus soluble que la veineuse ; la fibrine du sang des capillaires de l'homme est entièrement soluble.

3° La chaleur favorise et le froid arrête et empêche même la solution de la fibrine coagulée.

4° La fibrine dissoute ressemble à l'albumine, car elle est coagulable par l'éther.

5° L'alcool rend, au bout d'un certain temps, la fibrine insoluble, et l'éther la laisse aussi soluble qu'elle l'était.

6° La chaleur de l'eau bouillante la rend insoluble.

7° La fibrine des petits vaisseaux se comporte comme celle des veines.

8° La fibrine des exsudations est aussi soluble que la veineuse.

9° La fibrine obtenue en battant le sang est difficilement soluble ; il en est de même de la couenne inflammatoire.

10° La putréfaction favorise la solubilité de la fibrine.

11° La fibrine sèche est plus difficilement soluble.

12° La fibrine comprimée est moins soluble que celle qui est molle.

13° La fibrine des couches supérieures de la couenne inflammatoire est moins soluble que celles des couches inférieures.

---

21. *Analyse de la lymphe* ; faite par M. Ceiger, pharmacien à Stuttgart.

(Archiv für physiologische Heilkunde.)

Cette analyse, faite avec de la lymphe bien claire, transparente, s'écoulant abondamment du pied d'un cheval malade, diffère en partie des analyses connues. On trouva :

Eau.	983,7
Fibrine.	0,4
Albumine.	6,2
Matières extractives.	2,7
Sels fixes.	7,0
Graisse et sels ammoniacaux. . .	traces.
	1000,0 parties.

Ce qui nous a le plus frappé dans cette analyse, c'est que l'albumine, au lieu de présenter les caractères ordinaires de la coagulation par la chaleur et les acides, s'est comportée presque comme la caséine, en ce que par l'ébullition de la lymphe il s'est formé à la surface du liquide une croûte analogue à celle qu'on observe à la surface du lait qu'on fait bouillir. L'acide acétique ajouté à la lymphe n'y faisait naître des flocons qu'à l'aide de la chaleur. La quantité de fibrine est au-dessous de celle indiquée dans toutes les autres analyses, où elle varie de 1,2 à 5,2. La présence des sels ammoniacaux se trouve ici aussi notée pour la première fois.

---

22. *Plaie d'estomac traitée par la diète absolue observée pendant l'espace de six jours ;* par M. Cirugeda y pastor.

(La Facultad.)

Sans présenter l'espèce d'intérêt qui s'attache aux cas exceptionnels, celui-ci ne laisse pas néanmoins que de se distinguer de beaucoup de faits de ce genre par le résultat qui a été obtenu ; il présente également un modèle parfait de la conduite à tenir en pareille circonstance, soit au moment même de l'accident, soit pour le traitement consécutif. A ces divers titres, il nous a paru bien digne de figurer ici, comme un spécimen extrêmement favorable de l'état présent de la chirurgie espagnole.

Obs. — Dans la nuit du 31 juillet 1842, à dix heures du soir, fut apporté à la salle de chirurgie un nommé Cardona, meunier. Couché en supination sur le brancard, cet homme était privé de mouvement et de sentiment, pâle et froid, inondé de sang et de matières alimentaires qu'il venait de vomir. On compta jusqu'à huit plaies, deux à la jambe gauche, intéressant dans toute leur épaisseur, les muscles gastro-cnémiens; deux à la région iliaque droite, pénétrantes sans lésion ; trois, peu graves, au bras gauche. La dernière occupait l'hypocondre gauche, transversale, longue de 2 pouces, pénétrante, avec lésion et hernie de l'estomac. Ce viscère offrait une couleur brun-noirâtre, effet sans doute de l'étranglement qu'il éprouvait depuis plus de deux heures. La face était profondément altérée ; froid ; anxiété extraordinaire suivie de lipothymies fréquentes et de vomissements de sang mêlé d'aliments ; pouls petit, filiforme ; mouvements convulsifs des membres.

Devant un état aussi grave, le pronostic fut presque désespéré. Cependant M. Cirugeda y Pastor commença à débrider de plus d'un pouce la plaie de la paroi abdominale ; puis il nettoya l'estomac du sang et des matières. A ce moment, la chaleur étant

un peu revenue et les vomissements ayant diminué, il pratiqua la suture du pelletier sur la plaie de l'estomac qui intéressait ce viscère, dans l'étendue de 8 lignes sur sa face antérieure. Il réunit les deux chefs terminaux et les fixa dans l'angle inférieur de la plaie externe, afin de pouvoir, si l'hémorrhagie ne cessait pas, y rémédier par la torsion ou la ligature des vaisseaux de l'estomac qui fournissaient le sang. Enfin l'estomac réduit, la plaie de l'extérieur fut fermée avec des bandelettes agglutinatives, de la charpie, des compresses et un bandage de corps. (Diète absolue). A minuit et demi il survint une forte lipothymie et un vomissement abondant de sang. Aussitôt la légère réaction qui commençait à s'établir se changea en un état comme cadavérique, dont le blessé fut rappelé à l'aide de sinapismes ; mais depuis que, par ce moyen, le vomissement eût cessé, il se plaignit d'un sentiment de pesanteur sur l'épigastre.

Le 1er août, à six heures du matin, le pouls était petit et fréquent; dyspnée; ventre comme météorisé : une selle de matière fécale de consistance naturelle avec beaucoup de sang. A la suite de cette évacuation, il y eut des lypothymies et un peu de sang fut encore vomi ; mais après qu'on eût fait une friction, la peau se réchauffa, la face devint plus animée et le ventre s'affaissa.

Le 2, à sept heures du matin, nouvelle évacuation du sang par en bas, mais moins considérable que la veille. A trois heures de relevée, un vomissement de sang eut lieu, moindre que les précédents ; pouls fréquent, peau chaude, face très-animée. (Saignée de 5 onces; lavements émollients.)

Le 3, pouls toujours fréquent ; le malade se plaint d'une douleur insupportable à l'épigastre. (Seconde saignée de 5 onces.) A quatre heures de relevée, évacuation d'une petite quantité de sang coagulé; la douleur a un peu diminué. (6 sangsues au pourtour de la plaie.)

Le 4, pouls moins fort, douleur moindre. (Lavements d'eau panée.) La plaie extérieure, dépansée, offre un bon aspect.

Le 5, douleur encore moins forte, pouls presque régulier; tension du ventre très-diminuée ; le malade rend encore par les selles quelques caillots sanguins. Pour la première fois, on lui permet de sucer un morceau d'orange.

Le 6, même état que la veille.

Le 7, l'amélioration continuant et augmentant, on laisse prendre au blessé deux cuillerées de sirop de gomme dans de l'eau, et comme ce liquide passe bien, on en donne ensuite davantage.

Le 8, eau de riz, eau panée; une selle jaune-verdâtre est rendue sans aucune douleur.

Le 9, les fils de la suture se détachèrent; le pouls n'indiquait qu'un état de débilité.

Le 10, le malade commença à prendre un bouillon de poulet; puis, jusqu'au 16 on lui donna des bouillons rendus de plus en plus substantiels.

Le 17, il prit, sans accident, une semoule, puis une demi-portion de soupe.

Le 23, la cicatrisation de la plaie était complète.

Le 24, le malade mangea une portion de poulet; du 25 au 27, la demi-portion d'aliments; enfin, le 31, la portion et la sortie.

Deux mois après, l'auteur fut appelé de nouveau pour voir le même malade, qui se plaignait vivement de douleurs sous la cicatrice de la plaie : l'épigastre était tuméfié; une petite ouverture fistuleuse donnait issue à un pus fétide mêlé de stries de sang. Il fut transporté à l'hôpital, et comme le pouls était dur et fréquent, il fut saigné et mis à la diète blanche. On sonda la plaie dont le trajet était vers les dernières fausses côtes, et on la pansa avec du cérat simple et des fomentations émollientes. Le lendemain on fit répéter la saignée et appliquer 12 sangsues sur le point enflammé. Le troisième jour, la douleur avait cessé; on trouva, sur le plumasseau qui couvrait la plaie, un corps que, à sa forme et à sa grosseur, on crut, au premier coup d'œil, être un haricot; mais après l'avoir regardé avec plus d'attention, l'auteur le reconnut pour un cartilage, et se rappelant que la plaie se dirigeait vers les fausses côtes, il pensa que ce pouvait bien être un fragment du cartilage de la dernière, détaché au moment de l'accident et ayant pris peu à peu la forme du trajet fistuleux.

Cardona remplit aujourd'hui les occupations de sa fatigante profession, sans avoir jusqu'ici éprouvé la moindre incommodité, malgré ses excès en boissons alcooliques.

---

23. *De l'éclampsie*; par le docteur Landsberg.

(Zeitschrift für die Gesammte medicin.)

Ce mémoire fort long peut se résumer dans les propositions suivantes :

1° L'éclampsie est, en général, une maladie qui se manifeste à plusieurs époques d'évolution et de retour de la vie dans les deux sexes; elle se rencontre dans la dentition, la puberté, la génération (menstruation, grossesse, accouchement), la ménopausie et la décrépitude.

2° L'éclampsie est une maladie de la réflectivité qui, ayant un point de départ dans une partie quelconque du système nerveux excito-moteur, agit sur la moelle épinière, de là sur le système nerveux moteur. Dans l'éclampsie des femmes en travail, par exemple, l'excitation, le point de départ de tous les symptômes se trouve dans les nerfs sacrés et spinaux.

3° L'éclampsie diffère de l'épilepsie en ce que celle-ci n'est point une maladie de réflectivité, mais qu'elle est une véritable affection du système nerveux central, une maladie centrifuge qui n'a point de rapport avec les époques d'évolution de certains organes.

4° L'éclampsie, en tant que symptôme, est d'une valeur très-importante pour le pronostic, mais non pour le traitement.

5° Comme ce symptôme ne se manifeste qu'avec les conditions de congestion vers la tête (et la poitrine), le pronostic dépendra de cette congestion, de même que celle-ci dépend de l'état du développement de l'organisme pendant lequel l'éclampsie se manifeste.

6° L'éclampsie des femmes en couches est la plus grave, parce que la congestion y arrive à son plus haut période ; elle peut faire mourir par apoplexie, par méningite.

7° L'éclampsie, comme toute espèce de congestion locale, ne dépend pas d'une constitution générale et peut frapper toutes les constitutions.

8° Le traitement antiphlogistique doit être employé contre cette congestion dans toute sa rigueur, sans se laisser imposer par une faiblesse apparente ; les stimulants ne conviendront que lorsque la période d'excitation sera passée.

9° Les antispasmodiques sont inutiles, et nuisent plutôt s'ils sont sédatifs comme l'opium.

10° L'accouchement forcé est très-nuisible, en ce que la présence de l'enfant n'est pas la cause de la maladie, et que l'accouchement peut se terminer naturellement après quelques accès, et parce que les manœuvres de l'opération ne font qu'augmenter l'irritation déjà existante.

11° Lorsque l'éclampsie est récente et n'est survenue que vers la fin du travail, où la tête de l'enfant presse sur les nerfs sacrés, l'accouchement doit être fait par l'application du forceps.

---

24. *L'alcool de soufre contre la sciatique;* par le docteur Berg (à Viborg).

(Zeitschrift für die Gesammte medicin.)

Obs. — Un paysan de 44 ans, qui depuis cinq ans souffre de

temps en temps d'une sciatique très-douloureuse, avec commencement d'amaigrissement du membre, perte d'appétit et de sommeil, et contre laquelle il a employé une foule de moyens, eut recours à l'alcool de soufre à l'intérieur et à l'extérieur d'après la méthode de Wutzer. Guérison au bout de quinze jours.

---

25. *De l'application du galvanisme dans un cas de métrorrhagie accidentelle;* par M. Radford.

(London medical Gazette.)

Une femme enceinte de huit mois, fut prise d'hémorrhagie à la suite d'une violente frayeur. L'auteur, appelé près d'elle, lui trouva l'orifice utérin fermé et rigide; les mouvements du fœtus persistaient encore; du reste, il n'y avait aucune douleur. M. Radford se borna à prescrire le repos avec un bandage de corps, des aspersions d'eau vinaigrée à l'hypogastre et à la vulve, des boissons froides et acidulées. Au bout de quatre heures, l'hémorrhagie avait encore augmenté. N'osant employer le tampon, l'auteur perça les membranes avec une sonde d'homme, et pendant que les eaux s'écoulaient, il faisait pratiquer des frictions sur l'hypogastre, mais ce fut inutilement: l'utérus ne se contractait pas; le col restait fermé et rigide. M. Radford ne voulant pas pratiquer de vive force la délivrance, se résolut d'essayer le galvanisme. Le conducteur vaginal fut introduit jusqu'à la lèvre antérieure du col, et l'autre jusque sur le fond de l'utérus. On ferma le cercle. La malade se plaignit aussitôt, d'éprouver la même sensation que si on la coupait. On changea plusieurs fois les conducteurs de place pour les faire agir sur tous les points; on les disposait aussi de telle sorte, qu'ils se correspondissent le plus possible dans le sens de l'axe le plus long de la matrice. Dès que le cercle électrique fut complet, les douleurs expultrices s'éveillèrent, et leur intensité devenait d'autant plus grande que les conducteurs restaient plus longtemps en place. Le galvanisme fut ainsi appliqué de cette manière par intervalles pendant une demi-heure; puis le conducteur vaginal fut retiré, et on en plaça un à l'extérieur sur chacun des côtés de la matrice, afin de faire agir le courant dans une direction à la fois oblique et transverse. Les deux conducteurs furent ainsi promenés de haut en bas dans diverses directions.

Du moment où les contractions utérines commencèrent, la perte sanguine diminua, et bientôt elle cessa complétement. Le col à son tour se ramollit, s'entrouvrit graduellement, et au bout de six heures, il naquit un enfant vivant. La délivrance se fit spontanément. Il n'y eut aucune hémorrhagie consécutive.

26. *Expériences sur l'action comparative de certains médicaments administrés par l'estomac et par le rectum;* par MM. RESTELLI et GAETANO STRAMBIO. Gazette médicale de Milan.

(Gazetta medica di Milano.)

Profitant de la mesure ordonnée par la police municipale de Milan, qui prescrit de prendre dans les rues tous les chiens qu'on y rencontre sans muselière, nous avons pu éclairer, par des expériences sur ces animaux destinés à être sacrifiés, l'intéressante question proposée par le docteur Luioni, à savoir ; « si les substances médicamenteuses agissent plus sûrement et plus rapidement, administrées par l'estomac que par le rectum. »

Dans la série de nos expériences, au nombre de 150, nous avons cherché à étudier surtout les médicaments dont l'action donne lieu à des effets extérieurs clairs, prompts et énergiques, tels que ceux qui sont produits par la strychnine et l'acétate et le sulfate de morphine. Ces substances, employées en solution soit aqueuse, soit alcooliqne, afin d'obtenir des effets plus certains, et avec de l'alcool à 36°, pour avoir toujours une action plus précise et plus tranchée, ont été injectées à l'aide d'une seringue, tantôt dans l'œsophage, tantôt dans le gros intestin de nos chiens. Nous avions d'abord songé à employer dans le même but l'acide hydrocyaniqne ; mais l'action foudroyante de ce poison, sa composition et son activité variables, ainsi que la facilité avec laquelle il s'altère, nous ont engagé à l'abandonner.

Avant de faire l'injection dans le rectum, nous avons toujours eu soin de vider l'intestin par des lavements d'eau simple. Quant à l'estomac, nous ne voulûmes pas administrer de vomitifs pour l'évacuer, parce que leur effet aurait pu masquer celui des médicaments à expérimenter. On essaya alors de provoquer le vomissement en titillant le voile du palais ; mais ces tentatives ayant toujours été infructueuses, nous nous décidâmes à faire jeûner complétement d'avance pendant tout un jour les animaux, dans l'estomac desquels nous voulions déposer les substances toxiques (1). Ces précautions prises, nous introduisîmes tous les médicaments à l'aide d'une seringue, soit dans l'œsophage, soit dans l'intestin.

Un quart de grain de strychnine dissous dans 4 grammes d'al-

(1) Remarquons que, de cette manière, la vacuité de l'estomac a été obtenue beaucoup plus sûrement que celle du rectum ne pouvait l'être au moyen des lavements. Si donc, malgré cette différence qui devait rendre l'action des médicaments moins énergique par l'intestin, elle y a été au contraire plus active, c'est une circonstance qui concourt *à fortiori* à prouver, selon l'opinion des auteurs, tout l'avantage qu'a sous ce rapport la voie inférieure.

(*Note du rédacteur.*)

cool et injecté dans l'œsophage de plusieurs chiens mit 12 minutes et 24 secondes à produire les premiers signes d'empoisonnement, et 28 minutes 20 secondes à produire le premier accès tétanique. La même dose, introduite de la même manière dans le rectum d'autres chiens, détermina des signes appréciables au bout de 6 minutes et l'accès de convulsions au bout de 19. Par l'estomac, le maximum du temps fut de 15 minutes avant les premiers symptômes et de 30 avant le premier accès; le minimum, de 10 et de 20 ninutes. Par l'anus, le maximum fut de 10 et de 20 minutes; le minimum, de 4 et de 10 minutes.

Les sels de morphine, administrés dans une longue série d'expériences, déterminèrent leurs effets propres avec des différences absolument semblables entre les deux voies. Ainsi 12 grains de sirop de morphine, dissous dans près de 5 grammes d'eau, mirent à manifester leurs premiers effets :

	Par l'estomac.	Par le rectum.
Terme moyen. .	5 minutes 10 secondes.	4 minutes 16 secondes.
Maximum . . .	6 — 00 —	6 — 00 —
Minimum . . .	5 — 00 —	2 — 00 —

La même dose d'acétate de morphine, dissoute dans 4 grammes d'eau, mit :

	Par l'estomac.	Par le rectum.
Terme moyen. .	7 minutes.	5 minutes 20 secondes.
Maximum . . .	9 —	7 — 00 —
Minimum . . .	6 —	3 — 00 —

Dissoute dans 4 grammes d'alcool :

	Par l'estomac.	Par le rectum.
Terme moyen. .	5 minutes 30 secondes.	4 minutes 36 secondes.
Maximum . . .	7 — 00 —	6 — 00 —
Minimum . . .	4 — 00 —	3 — 00 —

Mais on pourrait objecter que l'énergie, l'efficacité d'un médicament ne peut se mesurer d'après la seule considération du laps de temps qu'il a mis à agir. Les expériences suivantes lèvent cette difficulté :

1° Avec un quart de grain de strychnine, dissous dans l'alcool ordinaire et administré par la bouche, la mort arriva en 65 minutes, terme moyen ; elle eut lieu en 40 minutes, quand on agit par le rectum.

2° Dans des circonstances d'expérimentation toutes pareilles, les accès tétaniques caractéristiques de l'action de la strychnine furent plus durables et plus énergiques après l'injection dans l'intestin qu'après l'introduction dans l'estomac.

3° Un seizième de grain de strychnine introduit dans le rectum suffit, chez trois chiens, pour produire des accès tétani-

ques et la mort. Chez trois autres chiens, la même dose portée par l'œsophage, non-seulement ne fut pas mortelle, mais ne détermina que sur l'un d'eux un accès tétanique léger.

4° De même, les phénomènes qu'on obtient par l'administration de l'acétate et du sulfate de morphine sont notablement plus graves et prolongés, en opérant sur la muqueuse rectale, que sur la gastrique.

Des expériences qui précèdent, ne nous est-il pas permis de conclure que les substances médicamenteuses agissent plus rapidement et plus énergiquement par la voie rectale que par la voie gastrique? Distinguons cependant; et pour ne pas tomber dans l'erreur où sont tombés les partisans de l'opinion contraire, disons qu'il ne faut pas généraliser trop et trop tôt. On sait que certains purgatifs, certains diurétiques, administrés par le rectum, n'exercent qu'une action très-faible, à moins d'être administrés à des doses élevées. Mais ces résultats de l'expérience acquise n'infirment aucunement ceux que nous venons de faire connaître. Les uns et les autres sont vrais dans leurs limites. Il ne faudra donc pas dire à l'avenir que les substances médicamenteuses, considérées indistinctement, agissent plus sur la muqueuse du rectum que sur celle de l'estomac, mais que certaines substances agissent plus par la voie rectale et certaines autres par la voie gastrique. Il est impossible jusqu'ici de fixer ce départ rigoureusement : c'est donc à l'expérience à y procéder et à décider

---

27. *Cas d'absence du cordon ombilical.*

(La Facultad.)

Une discussion a eu lieu dernièrement l'Académie chirurgicale de Madrid sur un fait de cette espèce. Le fœtus qui en a fourni le sujet était âgé de 8 mois. Selon la classification de Breschet, il appartenait à l'ordre premier, *agénèses*, genre *diasténèse*. Il portait un exomphale ou éventration constituée par tous les viscères de l'abdomen, y compris le foie. Au lieu d'être couverte, comme cela existe assez ordinairement, par la peau, cette tumeur était couverte d'une membrane de nature séreuse. La colonne vertébrale était aussi inclinée vers la droite, et les membres inférieurs déviés de leur direction naturelle.

La particularité la plus importante que présenta ce fœtus était l'absence du cordon ombilical. La membrane séreuse qui tapissait la tumeur se trouvait en contact avec elle même par une espèce de pédicule, et formait le sommet d'un cône avec la face fœtale du placenta. On ne rencontra sur cette face aucun vaisseau qui indiquât l'existence d'une circulatiou par des conduits d'un cer-

tain calibre. Le cœur, le trou de Botal, le canal veineux et les vaisseaux principaux du système circulatoire étaient comme à l'état naturel.

— La *Gazette Médicale* a déjà cité en 1842 un exemple de cette rare anomalie ; nous exprimâmes à cette époque comment nous pensons que doivent être compris les faits de ce genre, rapportés par quelques auteurs. L'observation précédente est d'ailleurs trop peu détaillée pour pouvoir devenir fructueusement l'objet d'une discussion plus approfondie, sur la réalité de la déviation organique dont il s'agit.

---

28. *Grossesse extra-utérine abdominale-tubaire; péritonite; mort;* par M. Mariano Casaubon.

(La Facultad.)

Obs. — Lorenza Bermudo, âgée de 45 ans, avait déjà eu huit accouchements accomplis naturellement, plus, l'année dernière, une fausse couche à quatre mois de gestation. Devenue encore enceinte peu de temps après, elle entrait dans le neuvième mois lorsqu'elle fit appeler, le 14 août 1845, M. Casaubon, qui la trouva dans l'etat suivant : face pâle et triste; abdomen comme à neuf mois de grossesse, mais présentant deux tumeurs, une vers le côté gauche, plus considérable, l'autre plus petite, à droite ; le ventre comme relâché et tombé sur les parties génitales et sur les cuisses ; mamelles flasques. Les mouvements de l'enfant ne sont sentis que de loin à loin ; langue sale, jaune, pointillée de rouge sur les bords; soif; nausées ; vomissements bilieux, pénibles et fréquents ; douleurs vagues dans tout le ventre ; constipation ; extrémités presque froides ; pouls petit et concentré ; respiration anhélante. Le vagin est humecté par une mucosité sanguinolente. L'orifice utérin ne présente aucune dilatation qui annonce un commencement de travail.

Les symptômes persistèrent à peu près les mêmes pendant trois jours. Les vomissements devinrent de plus en plus réitérés et douloureux ; l'affaiblissement fit des progrès, et la malade succomba le 17, ayant présenté pendant la dernière heure des syncopes et des suenrs froides.

Une demi-heure après la mort, on incisa les parois abdominales. Aussitôt qu'on eût ouvert le péritoine, il s'écoula une quantité considérable de sang, et on aperçut la tête d'un fœtus qu'on retira par la version, et qu'un prêtre baptisa *sous condition*. Ce fœtus était à terme, mort, mais bien développé. La peau s'élevait en plusieurs points du corps. Le cordon était flasque et déchiré. Le placenta adhérait fortement au méso-colon iliaque droit (méso-

cœcum), à la trompe de Fallope et à l'ovaire du même côté ; mais il était détaché en quelques points, et c'est de là qu'était venue l'hémorrhagie. On reconnut ensuite que la tumeur, correspondant à la saillie observée à droite pendant la vie, était constituée par l'utérus. La trompe et l'ovaire gauche offraient leur état normal ; mais à droite, l'utérus était contigu à l'adhérence déjà indiquée. En le tirant fortement en avant, il se divisa transversalement dans sa partie correspondant au vagin, et l'on put alors voir que le col ne présentait aucune dilatation, que le corps et le fond étaient dirigés vers la partie adhérente. Les parois utérines avaient 3 pouces d'épaisseur ; leur tissu, très-serré, criait sous le scalpel. La cavité de la matrice ressemblait à celle d'une femme non enceinte.

Le fœtus, le placenta et l'utérus, étaient recouverts par une enveloppe ou kyste, confondu en avant avec le péritoine, adhérent en arrière à quelques circonvolutions intestinales, principalement au méso-cœcum pour le côté droit, et à l'ovaire ainsi que qu'à la trompe droite pour l'autre côté. La consistance du kyste ressemblait à celle des membranes chorion et amnios, prises dans une gestation normale.

Les replis péritonéaux et intestinaux étaient rosés et injectés de sang.

---

29. *Accouchement rendu laborieux par un vice de conformation du bassin; gangrène; fistule vésico-vaginale guérie par un secours en apparence insignifiant ;* par M. Torres de Villanueva.

(La Facultad.)

Une fistule vésico-vaginale occupant tout le bas-fond de la vessie et guérie presque spontanément ! Il y a bien dans un tel résultat de quoi justifier l'espace que nous consacrons à cette observation ; mais il y a aussi de quoi expliquer les remarques critiques que nous serons naturellement conduits à exprimer sur un fait aussi extraordinaire.

Obs. — L'auteur fut appelé pour une jeune femme de 21 ans, en proie aux douleurs d'un premier accouchement. Il la trouva abattue, la face rouge, les conjonctives injectées, les pupilles resserrées, avec photophobie, convulsions éclamptiques, nausées, vomissements, pouls dur et très-fréquent. On lui apprit que les douleurs avaient commencé depuis plus de trois jours et demi, qu'elles avaient d'abord, en peu de temps, amené la tête jusqu'au couronnement, mais qu'elles n'avaient, pu la pousser plus loin.

La femme était rachitique et avait le membre inférieur gauche

atrophié. On pouvait par conséquent soupçonner quelque vice de conformation du bassin; mais la tension extrême des parties molles de la mère et du cuir chevelu de la tête fœtale empêchèrent pour le moment de le reconnaître avec exactitude. La peau de la tête se détachait et le stéthoscope ne faisait reconnaître aucun bruit du cœur. Sûr de la mort de l'enfant, le chirurgien perfora en conséquence le crâne avec des ciseaux, le vida et parvint assez facilement à extraire ensuite le corps en entier.

Dès le jour même de l'accouchement, la malade avait dit qu'elle ne se sentait pas uriner et qu'il lui semblait que l'urine coulait continuellement. Une odeur particulière, qui s'exhalait lorsqu'on soulevait ses couvertures, et l'absence de besoins d'uriner ne laissèrent plus de doute le lendemain sur l'existence d'une communication entre le vagin et la vessie. On avait d'abord attribué ces symptômes à une incontinence d'urine, suite des manœuvres violentes souffertes pendant l'opération; mais le troisième jour, la malade ayant attiré l'attention sur un corps étranger qu'elle sentait à l'entrée des parties génitales, on le reconnut pour être une eschare provenant de la gangrène des tissus qui avaient supporté une si longue compression.

Une exploration locale devenait nécessaire. L'auteur y procéda en introduisant l'indicateur dans le vagin, après avoir d'abord placé une algalie dans la vessie. Il constata ainsi une perte de substance de presque toute la partie antérieure de la longueur du vagin, comprenant le tiers ou la moitié de la circonférence de la vessie jusqu'au commencement du plancher ou fond inférieur de cet organe. Comme il ne sortait pas une goutte d'urine par l'algalie, et qu'on pouvait librement toucher l'extrémité de celle-ci avec le bout du doigt, le diagnostic d'une fistule urétro-vésico-vaginale ne fut point difficile à porter, d'autant plus que la malade éprouvait dans le vagin une sensation d'ardeur qu'elle attribuait elle-même au contact de l'urine. L'utérus et le rectum n'avaient point participé à la gangrène.

Malgré la facilité qu'une plaie aussi récemment formée aurait eue à se réunir, l'auteur ne pensa point que cet avantage fût suffisant pour faire compensation aux chances fâcheuses de métrite et de péritonite que des manœuvres opératoires, exécutées sur des organes encore enflammés, eussent certainement entraînées. En conséquence, et jusqu'à nouvel ordre, il se contenta de recommander à la malade de rester au lit, en se tenant toujours couchée sur l'un des côtés. Par cette simple précaution, elle réussit à conserver ses urines pendant cinq heures.

Par des circonstances indépendantes de sa propre volonté,

M. de Villanueva avait, depuis lors, perdu cette malade de vue lorsqu'il apprit, au bout de quatre mois, qu'elle était complétement guérie de sa fistule et jouissait d'une bonne santé. Un an après, elle vint lui rendre visite pour lui demander si elle pourrait se remarier. Elle lui affirma qu'elle s'était guérie de sa fistule sans avoir fait autre chose que de garder pendant vingt-huit jours la position qu'il lui avait conseillée. L'écoulement des urines par le vagin avait continué de se faire, en diminuant progressivement, jusqu'au vingt-troisième jour, époque à laquelle il avait cessé. M. de Villanueva, doutant encore du fait, imagina, pour s'en éclaircir, de lui dire qu'il était nécessaire qu'il fît une exploration afin de savoir si, au cas d'un nouvel accouchement, les organes génitaux étaient disposés de manière à le permettre. Avec l'index introduit dans le vagin, il toucha une cicatrice qui s'étendait dans la direction précédemment indiquée, depuis l'orifice vaginal jusque très-près du col utérin, qu'on distinguait du reste de la muqueuse à sa consistance, à sa surface plus lisse et à l'absence de mucosités sur lui. La cicatrice ne lui parut pas être un obstacle à ce que la malade contractât un nouveau mariage; mais d'après ce qui s'était passé, il dut la prévenir qu'un second enfant lui coûterait probablement la vie.

— Ce résultat est si beau, le moyen qui est censé l'avoir procuré est tellement simple, que nous serions heureux de pouvoir l'admettre sans contestation : c'est donc, en quelque sorte, malgré nous que nous devons maintenant en discuter les preuves. Mais tant de circonstances s'élèvent contre la vraisemblance du fait, que nous n'avons pu nous empêcher de douter et d'exprimer nos doutes. Pour démontrer une guérison aussi extraordinaire, l'auteur s'appuie sur la déclaration de la malade et sur l'examen des parties fait par lui-même. Or, à qui persuadera-t-on qu'une jeune femme de 22 ans, désirant se marier, se soit crue obligée à dire toute la vérité à son médecin, surtout quand ce médecin était celui qui l'avait soignée, le seul confident de son infirmité dont elle pouvait croire par conséquent avoir intérêt à se rendre le témoignage favorable, au cas où d'autre part on viendrait lui demander des renseignements sur elle? Puis, admettez qu'elle ait été sincère, ne sait-on pas à quel point le désir d'être guérie peut faire illusion pour la guérison, et combien de femmes, sur ces matières, se trompent de la meilleure foi du monde?

Quant à l'exploration, elle a été réellement trop incomplète pour qu'on puisse s'en faire un argument bien sérieux. Ce n'est pas à la légère, par surprise, que de tels examens doivent se faire. Certes, nous sommes loin de croire que la cure d'une fis-

tule vésico-vaginale soit aussi difficile à constater qu'on le prétendit à une autre époque devant l'Académie de médecine, et les minutieuses exigences qu'on manifesta alors vis-à-vis du beau cas de guérison, obtenue par M. Jobert, nous paraîtraient encore aujourd'hui aussi déplacées, aussi injustifiables ; mais il est cependant un milieu entre la foi aveugle et le scepticisme quand même, et il ne nous paraît pas avoir été scrupuleusement observé dans la circonstance présente. Eh quoi ! parce qu'avec le bout du doigt vous trouverez une cicatrice, vous allez affirmer qu'elle n'est ouverte sur aucun point, et vous l'affirmez sans employer le spéculum, sans avoir mis de sonde dans la vessie, sans même avoir fait uriner la malade devant vous. Il suffit de signaler ces lacunes ; la conséquence en ressort clairement.

Malgré ces objections, nous reconnaissons avec autant de plaisir que d'empressement qu'une amélioration très-notable s'est produite sous la seule influence du temps et de la position. Ce nouvel exemple doit de plus en plus encourager les chirurgiens à ne jamais commencer le traitement actif d'une lésion de cette espèce, avant d'avoir bien vu ce que la nature peut faire pour la réparer.

---

30. *Compte rendu des accouchements qui ont eu lieu dans le cercle du Haut-Rhin* (*grand-duché de Bade*), *pendant* 1843 *et* 1844 ; par le professeur SCHWOERER.

(Annalen der Staats-Arzneikunde.)

Ce travail a été fait sur des rapports envoyés de dix-huit chefs-lieux de canton, et contrôlé avec tous les soins possibles.

Sur 21,804 accouchements, il y avait :

20,610	présentations de la tête.
50	— de la face.
97	— du coccyx.
116	— des pieds.
3	— des genoux.
250	accouchements de jumeaux.
1	— de trijumeaux.
153	positions transversales.
118	avortements.
127	accouchements prématurés.
258	enfants morts.
21	monstres.
21,804	

20,248 accouchements se sont terminés spontanément.
1,556 fois l'art fut obligé d'intervenir, c'est-à-dire 6 à 7 fois sur 100.
21,804

Les *versions sur les pieds* furent pratiquées 183 fois, dont 76

avec succès pour la mère et l'enfant ; dans 93 cas, le fœtus succomba, et dans 14 aussi la mère.

L'*évolution spontanée* (présentation de l'épaule) s'est terminée 2 fois heureusement pour la mère et l'enfant.

La *version sur la tête* fut exécutée une fois très-facilement, mais sans avantage pour l'enfant.

Le *forceps* fut appliqué 194 fois ; avec succès complet 139 fois. Dans 48 cas, les enfants succombèrent, et dans 7 aussi les mères. L'application fut motivée par le grand volume et la position de la tête 48 fois ; pour difformité du bassin 20 fois, pour difformité des parties molles 3 fois, et pour des accidents graves 123 fois.

Le *levier* fut employé une fois avec une utilité réelle.

La *perforation de la tête* fut pratiquée dans 10 cas : 4 mères succombèrent.

Le *crochet aigu* fut appliqué une fois dans un accouchement de jumeaux. La mère, hydropique, fut prise d'éclampsie pendant le travail, et mourut de fièvre puerpérale le treizième jour des couches.

L'*accouchement prématuré* a été fait une fois entre la trente-quatrième et la trente-sixième semaine de la grossesse. L'enfant a atteint l'âge de 3 mois.

---

31. *Hystérotomie vaginale.*

(Annalen der Staats-Arzneikunde.)

Obs. — Une femme âgée de 25 ans, arrivée au troisième mois de sa grossesse, consulta M. Schweighardt, de Schopfheim (grand-duché de Bade), pour des douleurs spasmodiques dans la vessie et dans le rectum, de la constipation et une rétention complète d'urine ; à l'aide du toucher, on reconnut une rétroversion complète de l'utérus ; il n'était pas possible d'arriver au col soulevé derrière la symphyse ; les tentatives de reposition échouèrent. Le cathétérisme et des lavements rendirent l'état de la femme assez supportable pour vaquer en partie à son ménage.

Au cinquième mois, l'urine et les selles partirent plus facilement ; pourtant on n'arriva pas au col, toujours placé derrière la symphyse ; mais la femme présenta un aspect cachectique et les tentatives de reposition échouèrent de nouveau ; enfin l'époque du travail arriva : la femme souffrit pendant trois jours ; l'utérus, tendu, s'enfonça dans le bassin ; l'orifice ne put pas être atteint, mais la tête de l'enfant fut sentie à travers la paroi utérine. Les signes de la mort du fœtus étaient manifestes, et l'état de la mère devint très-inquiétant par la chaleur mordicante, le délire, etc. ; on prescrivit des médicaments avec le chlore et du quinquina,

et on appela en consultation M. le docteur Zeller, de Lœrrach. Celui-ci enfonça un long trocart courbé dans la tumeur faisant saillie dans le vagin ; une grande quantité de sanie s'écoula ; le troisième jour, elle était mêlée de poils courts. La fièvre continua. M. Zeller introduisit dans la plaie du trocart un bistouri boutonné, avec lequel il fit une incision en T. La femme perdit peu de sang, mais accusa beaucoup de douleur. L'application du forceps présenta quelques difficultés ; mais la tête une fois saisie, l'extraction du fœtus entièrement putréfié fut extrêmement facile. On eut de la peine à détacher le placenta fortement adhérent. La surface interne de l'utérus parut saine ; on fit des injections détersives. La femme se remit en peu de jours.

Huit à dix jours après l'opération, la plaie commença à se cicatriser.

Les règles reparurent au bout de trois mois, et on trouva alors le col de l'utérus dans sa position normale. L'orifice était sans échancrure, comme chez une vierge. La cicatrice de la plaie dans le cul-de-sac postérieur avait la forme d'une étoile.

Le placenta fut décollé dans 204 cas, 196 fois avec succès ; 8 femmes succombèrent par suite d'hémorrhagie ou de fièvre puerpérale. Dans 4 cas, où le placenta n'a pas pu être extrait pour cause d'incarcération, 3 femmes moururent.

La procidence, l'entortillement et les nœuds du cordon ombilical se présentèrent 31 fois ; dans 11 de ces cas, les mères et les enfants furent sauvés par la version ou l'application du forceps ; dans 19 autres cas, les enfants succombèrent, et une fois la mère et l'enfant.

L'insertion du placenta sur l'orifice eut lieu dans 15 cas : 5 fois la mère et l'enfant furent sauvés par un traitement méthodique ; dans 5 cas les enfants succombèrent, et dans les 5 autres, les mères, par suite d'hémorrhagie ou de fièvre puerpérale.

Monstruosités. Sur 14, il y en avait 3 qui présentaient peu de difformités ; aussi les mères et les enfants survécurent ; 10 autres enfants sont mort-nés ou moururent peu après la naissance ; 2 mères sont mortes par suite d'opérations pour cause d'accouchements difficiles.

Lésions de la matrice. Un prolapsus fut réduit promptement avec succès, et une rupture fut suivie de mort dans les vingt-quatre heures.

Hémorrhagies abondantes. Elles eurent lieu 25 fois, et furent heureusement arrêtées pour la mère et l'enfant dans 6 cas ; 19 mères, dont 9 ont subi une des opérations obstétricales déjà rapportées, sont mortes.

L'inflammation aiguë et la gangrène de la matrice enlevèrent 3 femmes.

La putrescence de la matrice enleva 7 femmes. La maladie était spontanée 3 fois, et 4 fois elle se montra à la suite d'opérations.

Fièvres puerpérales. Sur 30 cas, 10 se rapportent à des opérations ou des maladies déjà citées ; dans 20 autres réellement essentielles, il n'y eut qu'une femme sauvée.

Éclampsie. 2 morts sur 14 cas.

Phlegmasie alba dolens. 3 cas ; guérison au bout de deux à trois mois.

Mortalité. Dans les deux années, 91 femmes succombèrent ; ainsi 1 mort sur 239 à 240 accouchements, ou 4 à 5 sur 1,000. Sur 595 opérations, il y eut 34 cas de mort ; ainsi 1 mort sur 17 à 18 opérations, ou 5 à 6 sur 100.

---

32. *Abcès par congestion à la partie moyenne et externe de la cuisse ; applications réitérées de moxas sur la quatrième vertèbre lombaire ; guérison ;* par M. Rafael Torns.

(Anales de cirugia.)

Rien n'est plus grave sans doute qu'un abcès produit par la carie vertébrale, ouvert spontanément, et où le pus a déjà subi la décomposition putride résultant de l'introduction de l'air. Le judicieux Sanson déclare même que le médecin appelé dans de pareilles circonstances ne doit conserver que peu d'espoir. Pour être excessivement fâcheux, le pronostic n'est toutefois pas alors inévitablement mortel ; un traitement actif peut encore conjurer le danger. C'est ce dont on verra un intéressant exemple dans l'observation suivante, où nous eussions seulement désiré, pour la rendre plus profitable, un peu moins de brièveté dans l'exposé des symptômes.

Obs. — Un enfant de 9 ans, lymphatique et faible, se présenta dans les premiers jours de février 1845, avec une tumeur plus grosse qu'un œuf, indolente, sans changement de couleur à la peau, située à la partie moyenne et externe de la cuisse droite. La fluctuation y était très-manifeste, et l'on pouvait prévoir qu'elle ne tarderait pas à s'abcéder. En comprimant, l'une après l'autre, les apophyses épineuses de toutes les vertèbres dorsales et lombaires, M. Torns constata une légère tuméfaction et un peu de sensibilité à la pression au niveau de la quatrième lombaire. Il commanda alors à l'enfant de s'asseoir sur une chaise basse, puis de se lever, ce que celui-ci ne put faire qu'en appuyant les main sur les cuisses. Lui ayant demandé de ramasser quelques objets par terre, il remarqua que, avant de se baisser,

l'enfant fléchissait les jambes et les cuisses en maintenant le tronc droit et en s'appuyant sur une chaise.

Le diagnostic porté sur ces indices fut le suivant : *carie vertébrale ou mal de Pott, abcès par congestion.* L'auteur prévint les parents de la gravité de cette affection et de la nécessité d'avoir recours aux moxas. Néanmoins, ils refusèrent pour le moment d'y consentir, et ne ramenèrent leur enfant qu'au bout de huit à dix jours. Alors le dépôt s'était ouvert spontanément, en donnant issue à un pus aqueux et fétide, mêlé de quelques flocons albumineux ; il se développa une fièvre continue, causée par l'entrée de l'air atmosphérique dans le foyer, qui occasionna l'inflammation du sac et l'altération du pus. Un stylet introduit par l'ouverture pénétra à une grande profondeur.

Le traitement, commencé le 14 février, consista d'abord en une application de douze sangsues sur le point douloureux, au niveau de la quatrième vertèbre lombaire, et en cataplasmes émollients. Il y avait eu de la fièvre et beaucoup de soif. (Diète analeptique, boissons adoucissantes, charpie cératée sur l'ouverture de l'abcès.)

Jusqu'au 17 le même état persista, moins cependant la fièvre qui diminua un peu. Ce jour on appliqua deux moxas à droite de l'apophyse épineuse de la quatrième lombaire. Le 18, deux autres furent placés du côté gauche.

Le 19, la quantité de pus qui sort par l'ouverture est moindre, mais sa qualité reste la même.

Le 20, deux autres moxas au-dessus de l'apophyse indiquée, le pus a encore diminué de quantité.

Le 21, on met encore deux moxas au-dessous de l'apophyse. Il y a moins de pus, et il a perdu sa fétidité. (Une once de teinture aqueuse de gentiane matin et soir.) L'appétit commence à revenir.

Le 24, les eschares, suite de l'application des premiers moxas, sont tombées ; on convertit les ulcères en fonticules, au moyen de pois. Le pus est devenu beaucoup moins abondant.

On eut soin d'entretenir la suppuration des fonticules pendant deux mois et demi, en administrant simultanément des toniques et principalement des ferrugineux. Grâce à ce traitement, le pus cessa de couler, et la guérison fut complète.

---

33. *Hydrocèle de la tunique vaginale guérie par les injections d'eau et d'alcool;* par M. Sangay.

(Anales de Cirugia.)

C'est un nouveau succès à l'appui de ce mode de traitement

que M. Laugier a déjà heureusement employé à l'hôpital Beaujon. Le malade, qui fait le sujet de cette observation, portait son hydrocèle depuis près d'un an. On avait déjà extrait une fois le liquide par la ponction ; mais il s'était assez rapidement reproduit. Pour obtenir la cure radicale, M. Sangay commença par évacuer le liquide, puis il fit par la canule du trocart une injection avec deux parties d'eau froide et une d'alcool. Le malade éprouva une vive douleur et une faiblesse qui n'alla cependant pas jusqu'à lui faire perdre connaissance ; cette injection sortie, il en fit une seconde avec parties égales d'eau et d'alcool, qu'il maintint pendant quatre minutes, puis une troisième de deux d'alcool sur une d'eau, gardée six minutes. Le liquide fut ensuite retiré avec le plus grand soin. Un linge imbibé d'alcool fut entretenu sur la tumeur. L'inflammation locale se développa ; on substitua alors les émollients aux fomentations alcooliques ; il y eut très-peu de fièvre. La guérison était complète au bout de vingt jours.

---

34. *Sur le diagnostic de l'étranglement de la hernie du trou ovalaire* ; par le docteur Roeser, à Bartenstein.

(Archiv fur physiologische Heilkunde.)

Les cas de hernies du trou ovalaire sont peu uombreux, et lorsqu'elles ont été reconnues pendant la vie, elles ont été très-volumineuses ; le plus souvent, quand elles sont restées petites, on ne les a constatées qu'à l'autopsie.

L'attention de M. Rœser a été particulièrement éveillée dans l'observation suivante par une autre hernie de ce genre, qu'il avait méconnue dans le temps, et qui ne lui a été révélée que par l'autopsie ; aussi la difficulté du diagnostic de ces hernies justifie les détails dans lesquels nous allons entrer.

Obs. — Hoffmann (de M.), âgée de 30 ans, grosse paysanne, d'un teint fleuri, accouchée il y a deux ans et dix ans auparavant, souffrait depuis six ans, à des intervalles éloignés, de douleurs vives à l'estomac, accompagnées de renvois, qui se déclarèrent subitement sans cause connue, et se propagèrent à tout le ventre, principalement autour de l'ombilic, persistant pendant plusieurs heures pour disparaître le plus souvent après quelques vomissements.

Le 16 février 1846, elle eut des douleurs subites à l'estomac et autour de l'ombîlic ; au bout de quelques heures, les vomissements survinrent ; mais cette fois les crampes ne disparurent pas.

Le 17 au soir, on pratiqua une saignée ; on donna 2 onces

d'huile de ricin qui ne produisirent pas de selles, puis de la morphine.

Le 18 au matin, M. Rœser vit la malade pour la première fois : vomissements pendant la nuit sans soulagement ; douleurs au ventre, principalement autour de l'ombilic et au-dessous ; sentiment de brûlure très-vif à l'estomac ; urine brûlante, rare, nulle depuis douze heures ; décubitus latéral impossible, à cause des douleurs du ventre. Lorsqu'on mit la malade sur son séant, elle accusa une vive douleur dans les intestins, qui sont tiraillés en avant, et ce n'est qu'avec des aides qu'on parvint à la recoucher sur le dos ; figure rouge ; soif modérée ; langue blanchâtre, humide ; ventre un peu tuméfié, au reste mou, sensible au toucher principalement autour de l'ombilic et à l'épigastre, présentant des inégalités produites par des portions d'intestins distendues ; pouls subfréquent, pas dur, sonorité partout claire, tympanique, même dans la région hypogastrique, quoique l'urine ne fût pas rendue depuis douze heures.

Tous ces symptômes firent admettre une hernie étranglée ou une invagination des intestins ; quant à la première, on ne trouva pas de traces, aux siéges ordinaires, de ces sortes de tumeurs ; quant à l'invagination, elle ne fut pas admise, vu la distension uniforme du ventre, sans dureté ou étranglement partiel de quelques anses intestinales. Ce n'est qu'après avoir palpé la région pectinée qu'on fit ressentir une vive douleur en pressant sur le trou ovalaire gauche, tandis que le côté droit était resté insensible. Après s'être assuré de la direction de la branche horizontale et de la descendante du pubis à l'aide de la main gauche appliquée sur cette région, et avoir recherché dans l'angle formé par l'écartement des doigts la portion supérieure du trou ovale, M. Rœser trouva une tumeur du volume d'une noix, rénitente et très-douloureuse à la pression. La malade se souvint alors avoir ressenti déjà antérieurement des douleurs au même point, lors de ses attaques de coliques et de vomissements.

La tumeur aurait pu être prise pour une glande ; mais elle était plus tendue, plus lisse et moins pâteuse, fuyant sous les doigts, et la pression occasionnait une douleur intérieure s'irradiant vers l'épigastre. La percussion ne fournit aucun signe diagnostique à cause de l'épaisseur des téguments et la petitesse de la tumeur. Ainsi on avait là une hernie intestinale du trou ovalaire. Après des efforts de taxis continué pendant une demi-heure, qui a occasionné les plus vives douleurs dans le bas-ventre et dans l'estomac, des éructations et des nausées, M. Rœser a été assez heureux pour réduire la tumeur. La femme fut aussi-

tôt soulagée et eut une selle une demi-heure après. A l'examen de la région pectinée, on trouva à la place de la tumeur une dépression profonde admettant le bout du doigt à l'endroit qui correspond à l'angle interne et supérieur du trou ovale gauche; à droite, cette dépression est à peine perceptible. On fit porter un brayer avec un col allongé et une pelote allongée qui s'appliqua parfaitement.

Dans ce cas, l'anse intestinale s'était échappée entre les deux muscles obturateurs et la membrane obturatrice, et s'était logée sous le pectiné et le petit adducteur.

Cette hernie se rencontre probablement plus souvent chez la femme que chez l'homme, à cause des plus grands diamètres du trou ovale, et les vives douleurs qu'elle occasionne s'expliquent par le passage des nerfs obturateurs.

Ce cas est un nouvel exemple du soin, avec lequel on doit examiner toutes les ouvertures du bas-ventre par lesquelles les viscères peuvent s'échapper, lorsqu'on est appelé à traiter des coliques et de prétendues névroses abdominales.

---

35. *Resection du radius et du cubitus à l'articulation du poignet;* par M. Adelmann, professeur de chirurgie à Dorpat.

(Archiv fur physiologische Heilkunde.)

Les exemples de resection de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras sont encore très-rares; à peine si jusqu'à présent on en connaît dix-huit : encore, dans la plupart des cas, l'opération n'a-t-elle été pratiquée que pour des luxations ou fractures du poignet avec sortie de la tête du radius ou du cubitus, ou des deux os à travers les parties molles déchirées, sans qu'on ait pu opérer la réduction. Presque jamais l'opération n'a encore été entreprise pour des maladies chroniques de l'articulation, et les auteurs de médecine opératoire ne la décrivent que comme praticable sur le cadavre, et pouvant fournir des avantages présumables. Cependant, des chirurgiens du premier mérite la condamnent encore, et lui préfèrent l'amputation du poignet comme plus prompte, moins douloureuse, offrant plus de chances de guérison, et donnant pour résultat un moignon plus utile qu'une apparence de main complétement inerte.

Trois procédés opératoires ont été indiqués dans les auteurs : celui de Dubled, de Moreau et de Velpeau. M. Adelmann a opéré d'après un quatrième, qui n'est qu'une modification de celui de Velpeau.

Dubled pratique deux incisions longitudinales de chaque côté du poignet, et fait sortir d'abord par la plaie interne le cubitus,

plus facile à détacher que le radius de ses liens avec les os du carpe, et il le coupe ensuite, soit avec une scie de Jeffroi, soit avec une scie ordinaire, conduite sur l'os soulevé à l'aide d'une bande protectrice; puis le cubitus une fois reséqué, la décapitation du radius devient un peu moins difficile. Ce procédé n'est presque pas exécutable sur le vivant.

Moreau, imité par Roux et Syme, préfère agrandir les plaies latérales du poignet, et les prolonger transversalement, en forme d'L, vers le milieu du dos du carpe, en sorte qu'il ne resterait plus qu'une petite languette de téguments entre la partie dorsale de l'avant-bras et celle de la main. Gagnant ainsi plus d'espace pour la désarticulation, l'opérateur achève la resection plus promptement, plus sûrement, et en causant moins de douleur que s'il fallait faire des tiraillements latéraux presque insoutenables pour le malade; mais il reste un pont si minime entre la peau de l'avant-bras et de la main, qu'il ne peut guère servir à l'entretien de la nutrition.

M. Velpeau, au lieu de conserver la petite languette de peau, coupe tout net en travers les téguments dorsaux, après avoir fait les deux incisions latérales, rabat le lambeau quadrilatère sur la main, et arrive ainsi facilement jusqu'aux os à relever.

M. Adelmann a imité Velpeau; mais au lieu de couper transversalement les parties molles en haut, il préfère les couper au niveau de la première rangée des os du carpe, et relever le lambeau au lieu de le rabattre, parce que la nutrition s'y fait mieux que si le sang était obligé d'y venir par voie rétrograde, et que l'écoulement du pus et des autres humeurs s'y fait mieux.

Obs. — L'opérée de M. Adelmann est une jeune fille de 19 ans, Marie Depsie, paysanne, forte, bien constituée. Elle se présenta à la clinique pour la première fois le 15 septembre 1841; elle avait alors une enflure au bout de l'articulation du poignet droit, y éprouvait de la douleur qui augmentait par la pression, et ne pouvait faire le moindre mouvement de la main sans beaucoup souffrir. La tumeur s'était développée et accrue depuis un an, était dure, circonscrite et manifestement formée par le gonflement des extrémités articulaires du radius et du cubitus. On combattit cette ostéite chronique ou cette hyperostose avec l'onguent d'hydriodate de potasse et un bandage compressif.

Au printemps de 1843, la tumeur avait beaucoup augmenté de volume, s'était ulcérée et convertie en abcès fistuleux d'où s'écoulait du pus, d'abord épais, puis séreux fétide. La sonde introduite pénétra jusque dans les os. L'usage de la main, constamment fléchie, était entièrement aboli. L'état général de la

malade était très-satisfaisant, et la maladie locale ne pouvait être attribuée à aucune cachexie générale.

On diagnostiqua une carie locale pouvant être enlevée par resection ou par amputation; mais on préféra la première comme offrant encore quelques chances de conserver une portion du membre utile.

L'opération fut pratiquée le 11 août 1842.

La malade ayant été placée sur une chaise, deux aides fixèrent le bras droit dans la demi-flexion ; un troisième comprima l'artère brachiale. L'opérateur fit au quart inférieur de l'avant-bras deux incisions longitudinales, une de chaque côté, qu'il joignit inférieurement par une section transversale. Après avoir relevé le lambeau, il voulut détacher les tendons extenseurs des os sous-jacents ; mais ils étaient si intimement confondus avec le périoste et l'os, par suite de l'inflammation, qu'il fut impossible de les en séparer, et qu'on fut obligé de les reséquer également. On détacha ensuite le cubitus des parties molles et on le reséqua avec la scie de Jeffroi après avoir pris l'os avec une tenaille. On désarticula et reséqua de même le radius, mais avec bien plus de difficulté, et on blessa l'artère radiale qu'on ne lia pas; mais on lia une forte branche musculaire de la cubitale.

Les fragments reséqués étaient rongés par la carie, hypertrophiés en quelques points, ramollis, boursouflés, et surmontés d'exostoses stalactiformes.

La plaie fut réunie avec des points de suture, et l'avant-bras fixé sur une planche avec un appareil contentif. La suppuration fut assez abondante, et la guérison eut lieu dans l'espace de dix semaines (26 octobre).

Lorsque la malade a quitté la clinique, elle pouvait se servir de sa main, saisir des cannes et autres objets légers, plus tard des corps plus lourds, et enfin elle parvint même à tricoter. Cependant l'extension des doigts n'est que passive, et ne peut être produite spontanément de la part de l'opérée ; elle fléchit au contraire très-bien les doigts, moins bien le pouce que les autres. Une espèce de bandage, formé par une semelle qui s'avance dans le creux de la main, favorisa beaucoup l'usage du membre.

En mai 1843, l'opérée mourut dans sa famille, à la suite d'une courte maladie.

M. Adelmann apprit cet événement trop tard pour avoir pu encore faire l'autopsie.

36. *Infanticide; enfant mutilé trouvé dans un puits; quelle était la date présumée de sa mort? l'enfant avait-il vécu? la mutilation avait-elle eu lieu pendant la vie de l'enfant ou après sa mort?*

(Gazette médicale de Paris, N° 2; 1847.)

Une fille, convaincue d'avoir mis au monde un enfant dont le corps fut trouvé quelque temps après mutilé dans un puits, comparaissait devant la cour d'assises de Paris sous l'accusation d'infanticide. Les médecins chargés d'examiner le cadavre avaient reconnu, à la première inspection, que les quatre membres avaient été coupés avec un instrument tranchant. Les recherches de la justice, entre autres résultats, firent découvrir des taches de sang sur la muraille de la chambre de l'accusée, un peu au-dessus de la hauteur de son lit. L'enfant était-il venu au monde vivant? Cette mutilation avait-elle eu lieu avant ou après sa mort? Depuis combien de temps l'enfant était-il mort? A quelle époque remontait l'accouchement de l'accusée? Enfin de quelle source provenaient les taches de sang trouvées sur la muraille? Telles étaient les questions principales posées à l'expert. Voici quelle fut la réponse de M. Bayard, commis à cet effet. — D'abord il n'était pas douteux pour lui que la fille G. ne fût accouchée (cette circonstance, d'ailleurs, n'était point niée par l'accusée. L'accouchement remontait déjà à plusieurs semaines). L'enfant fut trouvé dans un état de putréfaction assez avancé, pour que l'époque de sa mort pût être considérée comme coïncidant assez bien avec l'époque de l'accouchement de l'accusée; cet état de putréfaction était tel qu'il fut impossible de résoudre quelques-unes des questions posées. Ainsi, par exemple, l'état des poumons ne permit pas de reconnaître si l'enfant avait vécu ou non; mais le développement des différentes parties conservées permettait d'affirmer qu'il était né à terme et viable. Quant aux mutilations qu'il avait subies, elles sont décrites dans les termes suivants : La cuisse gauche avait été séparée du tronc par une section nette pratiquée dans l'articulation. Le bras gauche avait été séparé de même. Du côté droit, on avait procédé autrement : après avoir d'abord tranché la peau et les chairs de la cuisse, on avait été obligé de frapper plusieurs coups sur l'os pour le casser. On avait brisé par le même moyen l'os du bras. Ces coups avaient dû être portés avec l'instrument dont on s'était servi pour couper les chairs. A l'égard des taches de sang, il était évident, par leur place et leur nombre, qu'elles ne provenaient point de l'accouchement. Provenaient-elles de la section des membres de l'enfant, ainsi que le demandait l'instruction? Cette question ne

pouvait être résolue qu'après avoir éclairci préalablement un fait matériel, savoir s'il n'y avait pas eu une personne saignée dans ce lit avant que l'accusée y accouchât. Dans ce cas, on aurait pu comprendre l'existence des taches en dehors des faits de la cause. Dans le cas contraire, on ne pouvait les expliquer que par l'accouchement de la mère ou la mutilation de l'enfant. Or la première supposition était impossible à admettre; la seconde laissait indécise la question de savoir si la mutilation avait été opérée sur un enfant vivant ou sur un enfant mort. Dans ce dernier cas, la projection du sang pouvait se comprendre par suite de l'arrachement violent des membres du côté droit, qui n'avaient pas été coupés d'une manière aussi nette que ceux du côté gauche.

M. le docteur Chaillet, qui a procédé, conjointement avec M. Bayard, à l'examen des faits, rapporte les mêmes conclusions, et formule sur tous les points la même opinion.

Des circonstances, indépendantes des faits consignés au rapport, ont valu à l'accusée un verdict d'acquittement. (Cour d'assises de la Seine, aud. du 24 octobre.—Droit, 25 octobre.)

---

37. *Infanticide; cadavre d'enfant trouvé suspendu derrière une porte à l'aide d'un lacet passé autour du cou; la constriction du cou n'avait-elle eu lieu qu'après la mort, comme l'affirmait l'accusée, ou pendant la vie de l'enfant? la mort en était-elle le résultat?*

(Gazette médicale de Paris, N° 2; 1847.)

Une jeune fille, accusée d'avoir donné la mort à son enfant, s'en défend en disant qu'accouchée sans aucun secours, après des douleurs tellement fortes qu'elle n'avait pu s'occuper de son enfant, et après une faiblesse qui avait duré plus d'une heure, elle avait trouvé son enfant glacé et sans vie; elle lui avait, ajoutait-elle, passé une jarretière autour du cou, et avait suspendu le cadavre dans un lieu obscur pour le soustraire aux regards, jusqu'à ce qu'elle eût pu trouver plus tard le moment opportun de l'enfouir en quelque lieu écarté. Le cadavre fut soumis à l'examen d'un homme de l'art, M. le docteur Litschgi, qui procéda à l'autopsie, trouva d'abord autour du cou un ruban fortement serré par deux nœuds; il constata en outre que l'enfant avait vécu et respiré à pleins poumons, et qu'il était viable et bien constitué. La bouche était entr'ouverte, la langue tuméfiée et en partie hors des lèvres. La peau faisait saillie sur les côtés du lien qui comprimait circulairement le cou. Ce lien enlevé laissa voir un sillon marqué d'une nuance bleuâtre du côté droit et d'une nuance rouge de tous les autres côtés. En présence de ces faits, la con-

clusion était naturelle. L'hypothèse, à l'aide de laquelle la mère cherchait à expliquer la mort de l'enfant, n'était pas admissible. L'enfant avait vécu, et tout tendait à démontrer qu'il avait succombé à l'asphyxie produite par la strangulation. Conformément à ces conclusions, le jury a rendu un verdict de culpabilité. (Cour d'assises du Bas-Rhin, audience du 20 août. — Droit, 21 octobre.)

---

38. *Question d'identité présentant de graves difficultés.—Est-il possible de confondre le cadavre d'une jeune fille de 18 ans avec celui d'une femme de 31 ans, alors même que celle-ci eût été idiote, d'une complexion grêle et faible et d'une conformation physique incomplète ?*

(Gazette médicale de Paris, N° 2 ; 1847.)

Dans une grave affaire d'assassinat soumise au jugement de la cour d'assises de Seine-et-Oise, les débats ont soulevé une question d'identité, dont la solution présentait de sérieuses difficultés. Le 14 août dernier, un cadavre fut trouvé dans le bois Villot, près de Cermeilles (Oise). On pensa d'abord que ce cadavre était celui d'une fille Ghierle (Catherine), âgée de 31 ans, qui avait disparu depuis quelque temps de son domicile sans que personne eût pu savoir ce qu'elle était devenue. L'examen du cadavre fit reconnaître que la victime avait été étranglée et pendue. Une instruction mit sur la voie du crime et du coupable présumé. Mais il restait à examiner plusieurs points importants que la science médico-légale pouvait seule éclairer. A quelle époque devait remonter la mort ? quel était l'âge présumé de la victime ? Ces deux questions, dont la solution était rendue indispensable par les doutes, que soulevait la défense, sur l'identité du cadavre découvert dans le bois Villot avec la fille présumée assassinée, ces questions, disons-nous, présentèrent une difficulté toute particulière par suite de diverses circonstances qui étaient venues les compliquer. Les autopsies, faites par les médecins commis avaient établi que le cadavre devait être celui d'une fille de 18 ans, tandis que la véritable victime, Catherine Ghierle, était âgée de 31 ans, mais d'une complexion grêle et faible, il est vrai, et presque atteinte d'idiotisme. Trois médecins entendus successivement furent d'abord d'avis contraire. L'un d'eux soutenait que, d'après l'état de putréfaction du cadavre constaté par le rapport, la mort remontait à six mois, tandis que les auteurs mêmes du rapport ne la faisaient remonter qu'à six semaines. Une autre question partageait les avis et compliquait la difficulté. Le cadavre, suivant le même médecin, serait celui d'une jeune fille de 18 à 20

ans, tandis que la fille présumée assassinée avait 31 ans. Or, l'expert ne pense pas qu'il soit possible de confondre le cadavre d'une jeune fille de 18 ans avec celui d'une femme de 31 ans, même idiote et de faible complexion comme était la fille Ghierle, au rapport des témoins et aux termes de l'acte d'accusation. M. Preslat, médecin à Pontoise, chargé de la première autopsie, a déposé qu'il était résulté pour lui de toutes les constatations faites que le corps était celui d'une femme de 16 à 18 ans, qu'il y avait eu un crime et que l'inhumation remontait à deux mois environ. Il ajoutait cependant que ses collègues et lui, appelés à s'expliquer de nouveau, ont pensé, d'après les résultats de l'instruction, que le cadavre pouvait être celui d'une personne plus âgée, mais dont la conformation physique était incomplète. M. Peyron, médecin, fait une déposition conforme, ajoutant que dans son opinion la mort a eu lieu par strangulation et qu'elle n'est pas volontaire. Voici, d'ailleurs, les conclusions du rapport rédigé par les experts, et dont les termes sont conformes à l'opinion qu'ils expriment dans leur déposition orale.

De l'exposé ci-dessus, il résulte :

1° Que le cadavre soumis à notre examen, est celui d'une jeune fille ou femme de 16 à 18 ans environ, ce qui nous est prouvé par l'état de la mâchoire inférieure, l'absence de soudures dans les sutures du crâne et le peu de développement de l'utérus.

2° Nous pensons que la mort remonte à environ deux mois. (En faisant cette estimation, les experts tenaient compte de la nature du sol où le cadavre était enfoui, du peu de profondeur de la fosse et de la température très-élevée depuis plusieurs mois.)

3° Nous pensons que la mort est le résultat d'un crime.

Dans un second rapport, postérieur au premier d'un mois, en date du 14 novembre, les experts n'avaient pu, disaient-ils, penser établir d'une manière absolue l'âge de la femme dont ils avaient eu à examiner le cadavre ; s'ils avaient établi cette appréciation de 16 à 18 ans, c'était en se fondant sur les règles générales du développement du corps, règles qui n'ont, ajoutent-ils, qu'une valeur relative et ne peuvent que difficilement servir de fondement à une opinion absolue. Ainsi, dans le cas actuel, ils avaient dû croire que le cadavre était celui d'une jeune femme ; mais leurs présomptions, pour la fixation précise de l'âge, pouvaient être d'autant plus incertaines qu'ils manquaient des traits de la face, élément comparatif le plus important à consulter pour cette fixation.

Enfin, M. Bastide, l'un des trois experts signataires du rap-

port, écrivait en outre, le 21 septembre 1846, qu'il avait constaté par des recherches spéciales que les organes internes coïncidaient par leur développement avec celui du système osseux. S'il était vrai, ajoutait-il, que, malgré son âge avancé, cette fille ne fût pas réglée ou qu'elle le fût incomplétement, il faudrait la ranger dans la catégorie des *cagots*, classe d'êtres incomplets qui forment une variété du crétinisme.

M. de Balzac, médecin à Versailles, appelé par la défense et invité à s'expliquer sur les dépositions de ses confrères, a discuté ces diverses opinions et conclu que le cadavre avait appartenu à un sujet de 20 à 25 ans, au plus. Cependant, sur la demande du procureur du roi, M. de Balzac convint que sa conclusion ne pouvait être absolue, surtout relativement à l'ossification du reste corps. Il pense de plus que l'inhumation devait remonter au moins à six ou sept mois. Quant à l'idiotisme et aux traces qu'il pourrait laisser dans l'organisation physique, M. de Balzac pense que l'idiotisme se rencontre le plus souvent dans des organisations tout à fait normales.

Nous ne chercherons pas à discuter ici la valeur de ces divers témoignages. Les hésitations et les contradictions même, que l'on remarquera dans les dépositions des experts, ne sont que l'expression des difficultés réelles que présente une semblable appréciation, surtout lorsque des conditions d'organisation anormales viennent compliquer les données physiologiques sur lesquelles se base cette appréciation. Le rapport des experts n'eût pas suffi dans cette circonstance pour lever les doutes, et la justice eût couru le risque de laisser un crime impuni, si d'autres témoignages ne fussent venu établir d'une manière certaine l'existence du crime. (Cour d'assises de Seine-et-Oise, aud. du 9 décembre.—Droit, 11 et 12 décembre.)

---

39. *Empoisonnement par l'arsenic datant de près de dix ans; recherches faites sur le squelette; arsenic trouvé dans les os.*

(Gazette médicale de Paris, N° 2, 1847.)

Un crime d'empoisonnement avait été commis au village de Scamagues (Haute-Vienne), sans que la justice en eût été informée. Près de dix ans s'étaient écoulés et la prescription était sur le point de s'accomplir, lorsqu'une circonstance particulière vint mettre l'un des coupables dans le cas de le révéler. Sur ces révélations, une instruction fut ordonnée, laquelle amena des témoignages irrécusables du crime et de la participation de chacun des accusés (au nombre de quatre). Toutefois, aucun moyen de preuve ne pouvant être négligé dans une affaire aussi grave, les

progrès de la science permettaient de penser qu'on pourrait encore, malgré le temps qui s'était écoulé, retrouver de l'arsenic dans les restes de la victime. Après les recherches nécessaires, on trouva dans le cimetière du lieu un squelette que l'on reconnut, d'après des indications précises, être celui de la personne morte empoisonnée, et qui, d'après les faits établis par les débats, et de l'aveu même de quelques-uns des accusés, avait succombé au bout de vingt-quatre heures à l'administration d'une dose considérable d'arsenic. Ce squelette fut remis, avec le cercueil qui le renfermait, à des experts chimistes. Les expériences réitérées auxquelles différentes parties de ce squelette ont été soumises ont constamment produit de l'arsenic. Une autre opération faite par les mêmes experts a rendu ce résultat plus concluant. On a soumis aux mêmes expériences un squelette placé à côté du précédent et qu'on avait d'abord cru pouvoir être celui de la victime, mais qui a été reconnu, à des signes certains, ne pas lui appartenir, et ces expériences, faites dans les mêmes conditions, n'ont donné aucune trace d'arsenic.

Le résultat de cette expertise a concouru à éclairer la conscience du jury, qui a rendu un verdict de culpabilité contre les inculpés. (Cour d'assises de la Haute-Vienne, audiences des 26 novembre et 1er et 2 décembre. — *Droit*, 30 novembre, 1er et 9 décembre.)

---

40. *Empoisonnement par l'arsenic, au moyen de gâteaux saupoudrés d'acide arsénieux; arsenic constaté dans le corps de la victime et dans les restes des gâteaux.*

(Gazette médicale de Paris, N° 2; 1847.)

M. Lapère, chirurgien-major du 3e chasseurs de Constantine, fut appelé par le sieur C. auprès de sa femme, de son enfant et de sa domestique, qui étaient en proie à des vomissements violents; on lui expliqua que le matin une juive avait apporté des gâteaux, que les trois personnes malades en avaient mangé et qu'elles avaient été prises tout à coup de vomissements. L'enfant avait vomi au bout de cinq minutes, la servante une demi-heure, et la mère une heure après. On remit à M. Lapère les restes des gâteaux; en les examinant, il y remarqua un corps étranger semblable à du sel. Il en fit brûler une parcelle, et l'odeur d'ail qui s'en exhala ne laissa aucun doute sur l'arsenic qu'ils devaient contenir. L'enfant et la domestique étaient le soir hors de danger; la dame C. expira le lendemain. L'autopsie fit reconnaître que la mort de cette femme était le résultat d'un empoisonnement.

Une instruction judiciaire ne tarda pas à faire reconnaître

comme auteur du crime une jeune fille arabe qui, mue par un double motif de vengeance et de jalousie, était parvenue, sous le couvert d'un faux nom, à faire remettre à la dame C. les gâteaux empoisonnés.

A l'audience du tribunal de Philippeville, M. Lapère déposa des faits ci-dessus, et MM. Godot et Rivière, pharmaciens de Constantine, déclarèrent qu'ils avaient constaté la présence de l'arsenic dans les fragments de gâteaux qui leur furent soumis, ainsi que dans les intestins et les viscères de la victime. La condamnation de l'accusée fut le résultat de ces témoignages. (Tribunal de Philippeville, audiences des 16, 17 et 18 octobre, et du 6 au 19 novembre. — *Droit*, 6 novembre et 9 décembre.)

---

41. *Suspicion d'empoisonnement par l'arsenic; guérison des victimes; impossibilité de constater le corps du délit.*

(Gazette médicale de Paris, N° 2 ; 1847.)

Le 31 décembre 1845, une famille entière, père et cinq enfants, éprouvèrent, après avoir mangé une soupe et du pain pétri de la veille dans la maison même, tous les symptômes d'un empoisonnement. Pendant trois jours, chaque repas, fait avec le pain cuit le 30, amena la répétition des mêmes accidents, et leur intensité ne diminua que quand, le dimanche suivant, on se décida à envoyer chercher d'autre pain chez un boulanger. Aucun des membres de cette famille ne succomba, mais pendant longtemps ils se ressentirent tous, plus ou moins, de l'empoisonnement dont ils avaient été victimes. Le docteur Forgeot, appelé seulement le 10 janvier, se préoccupa sérieusement des signes d'empoisonnement qui lui apparurent. Après en avoir en vain recherché la cause, en se faisant représenter tous les vases destinés à la cuisson des aliments de la famille, et en se renseignant minutieusement de toutes les circonstances qui pouvaient expliquer les accidents survenus, rien ne se révélant qui pût l'éclairer, et néanmoins convaincu qu'il y avait empoisonnement, il prescrivit les remèdes indiqués pour les cas d'empoisonnement au moyen de substances métalliques, et parvint ainsi à procurer quelque soulagement, ce qui était déjà un indice propre à confirmer les premiers soupçons. Une instruction fut ordonnée ; elle apprit que de l'arsenic avait été acheté, quelques jours avant la tentative criminelle, par l'individu sur lequel se portèrent les premiers soupçons. L'empoisonnement paraissait certain, mais il s'agissait de constater le corps du délit. Était-ce avec de l'arsenic que l'empoisonnement avait eu lieu ? Comment l'arsenic avait-il été donné ? Était-il mêlé au pain cuit le 30 ou à d'autres aliments ?

C'est ce qu'il importait à la justice de connaître. Une portion de ce pain, saisie et analysée, ne révéla la présence d'aucune susbtance toxique. Toutes les recherches des chimistes à cet égard furent sans résultat; faute de quoi, le doute subsistant sur la culpabilité de l'accusé et sur le fait même de l'empoisonnement, le jury rendit un verdict d'acquittement. (Cour d'assises de la Haute-Marne, audience du 2 novembre. — *Droit*, 6 novembre.)

---

42. *Sur l'influence toxique des papiers de teinture de couleur verte*; par le docteur MARTIN.

(Annalen der Staats-Arzneikunde.)

Dans le cercle de Stœufen (grand-duché de Bade), il existe trente-sept salles d'école dont les murs sont badigeonnés en vert, excepté les trois écoles de la ville dont les salles sont tapissées en papier demi-vert. Jusqu'aujourd'hui aucun accident n'a encore eu lieu dans ces écoles que dans celle d'Offnadingen, qui est basse, humide, et pour le badigeonnage de laquelle on avait consommé à peu près quatre livres de vert de Scheele incorporé dans du lait et de la chaux; peu de jours après le badigeonnage, il s'était répandu dans la salle une odeur fétide, putride, presque insupportable lorsque les fenêtres étaient fermées, qui provoquait, au bout de quelques heures, une sensation de picotement et d'élancements dans les yeux, une sècheresse et une roideur de la langue, un embarras dans la tête et la poitrine. Le maître d'école et le curé se voyant obligés d'abandonner la salle, celle-ci fut grattée et repeinte par ordre supérieur, et depuis elle est habitée sans le moindre inconvénient.

Il est probable que la combinaison de l'arséniate de cuivre avec le lait est entrée en décomposition putride, d'où s'est dégagé de l'hydrogène arsénié, dont un très-petit volume suffit pour empester l'air d'une chambre.

On lit dans le *Journal du Rhin supérieur* (n° 134, 14 mai 1846), la note suivante : « Depuis longtemps on emploie de l'acétate et de l'arséniate de cuivre à la place du carbonate de cuivre; aussi connaît-on déjà plusieurs faits où des individus, couchés dans des chambres tapissées en vert, se sont plaints tous les matins de céphalalgie, de nausées, de sécheresse à la bouche et de toux opiniâtre; ces symptômes d'un léger empoisonnement se sont dissipés pendant la journée. Une autre fois, un individu, croyant à la présence de corps de souris en putréfaction, était déjà prêt à faire arracher la boiserie, lorsqu'il apprit que l'odeur

pouvait provenir de la tapisserie ; il fit changer celle-ci et la mauvaise odeur disparut. »

---

43. *Encéphaloïde expulsé de l'utérus ;* par le docteur LANDSBERG.
(Zeitschrift für die gesammte Medicin.)

OBS. — Une femme accoucha d'un enfant très-petit, mort depuis quelques heures, qui adhérait par le coccyx à un corps encore retenu dans l'utérus; on divise le pédicule avec des ciseaux ; peu après, la matrice expulsa avec beaucoup d'eau un corps étranger, arrondi, pesant 15 onces, qui fut lancé à plusieurs coudées de distance. Cette masse était composée d'encéphaloïdes cloisonnés en différents sens et ossifiés en plusieurs points sans contenir de rudiments de fœtus.

---

44. *Catalepsie qui a duré huit ans, guérie par le vomissement d'un ver* ; par le docteur HUBERTZ (à Aalburg).
(Zeitschrift für die Gesammte Medicin.)

OBS. — Un paysan de 26 ans, placé depuis huit ans dans un établissement d'aliénés pour des accès de catalepsie qui duraient quelquefois deux ou trois semaines, fut traité inutilement par une foule de moyens, lorsqu'un jour il vomit, après avoir pris du calomel et de la rhubarbe, un corps étranger ressemblant, sous beaucoup de rapports, à un ver lombric qui avait été jeté avant d'être examiné. Le malade n'eut plus d'accès depuis, devint d'une humeur gaie et continua à bien se porter.

---

45. *Accouchement remarquable*; par le docteur GLIEMANN (à Ribe).
(Zeitschrift für die Gesammte Medicin.)

OBS. — Une femme de 30 ans, accouchée dix ans auparavant d'un enfant bien portant, se croyait à la fin de sa seconde grossesse, lorsqu'elle perdit une quantité considérable d'eau ; la sage-femme qui la toucha trouva le col encore fermé, mais put y faire pénétrer le doigt sans rencontrer des parties du fœtus ; croyant être arrivée au fond d'une cavité vide, elle soupçonna une grossesse extra-utérine. M. Gliemann qui fut appelé pénétra aussi avec son doigt dans une cavité vide; mais en faisant quelques efforts, et en donnant une autre direction à son indicateur, il parvint à toucher les vertèbres d'un fœtus placé en travers. Comme il n'y avait point de contractions et que l'orifice n'était pas suffisamment dilaté, on resta dans l'expectation ; seulement six semaines après, l'accoucheur délivra la femme par la version d'une petite fille morte.

Y avait-il ici matrice bicorne ?

46. *Notice topographique et médicale de la ville d'Hyères* ; par le docteur Barth. — *Topographie médicale du comté de Nice ;* par le docteur César Provençal.

(Gazette médicale de Paris, N° 45; 1846.)

L'hiver se dessine depuis quelques semaines ; les grands froids sont à la veille de commencer, et les malades affectés de ces affections chroniques, qui s'aggravent sous l'influence de la température hibernale, se préparent à fuir notre climat pour un ciel moins nuageux et une moins glaciale atmosphère. Cette époque est donc celle où les voyageurs, qui vont chercher loin du sol natal une amélioration à leurs souffrances, s'enquièrent avec soin des lieux qui peuvent le mieux leur convenir. L'Italie a depuis longtemps le juste privilége de les attirer. C'est vers les différentes villes qui touchent les golfes de la Péninsule qu'ils soupirent comme après des lieux d'où ils espèrent pouvoir revenir guéris. Cependant, que de difficultés pour le choix de la localité la plus favorable ! Les maladies ne se ressemblant ni dans leur nature, ni dans leurs périodes, et les malades présentant des tempéraments très-variés, telle ville qui conviendra parfaitement dans une condition donnée ne fera qu'exaspérer le mal dans une condition différente. Je pourrais citer plusieurs exemples de cela, et entre autres celui-ci. La phthisie, dans une organisation nerveuse, est calmée sous l'influence d'un air humide et chaud ; la même maladie, dans une organisation lymphatique, loin de s'amender dans un climat comme celui-là, s'aggrave bientôt et ne tarde pas à atteindre le funeste dénoûment de la dernière période. Ces difficultés peuvent être tranchées par le médecin qui a fait, ou par lui-même, ou à l'aide de bonnes monographies, une étude des diverses localités climatériques. Mais, outre que les bonnes monographies ne sont pas communes (je dirai bientôt pourquoi) et que jusqu'ici aucun travail complet n'a été publié sur la matière, il est rare que le malade parte pourvu de bonnes indications ; et puis, sous le rapport du choix de la cité qui peut convenir à la maladie, on est encore dans la fâcheuse habitude de se fier à l'opinion générale. Telle ville a une renommée populaire, on croit devoir se passer de conseil et aller l'habiter. Quelques semaines après, on expie l'imprudence qu'on a commise, et on se hâte de fuir un climat qui aggrave l'affection au lieu de la faire rétrograder. J'ai vu des malades accusant hautement le ciel de Naples ou le climat de Florence, parce qu'ils avaient cru à cette opinion erronée qui leur attribue une influence salutaire sur la phthisie. A ce compte, il est à propos, autant pour redresser les erreurs

répandues dans le public, que pour mettre de bons guides dans les mains des malades au moment où ils commencent leur émigration, il est, dis-je, à propos de publier des monographies, en attendant un guide général qui groupe et compare les constitutions climatériques des principales villes de la Péninsule. Deux médecins, MM. Barth et Provençal, viennent de le faire en publiant, le premier une deuxième édition de sa *Notice topographique et médicale sur la ville d'Hyères*, et le second une *Topographie du comté de Nice*, qui comprend des études sur cette dernière ville et sur Menton et Monaco, localités du plus grand intérêt au point de vue médical.

Avant d'entrer dans les détails sur la valeur relative de ces deux publications, on me permettra de dire quelques mots sur les causes qui rendent assez rares les bonnes monographies des climats. Les médecins qui les écrivent sont le plus souvent en présence de deux grands intérêts : l'amour un peu vif pour la ville dans laquelle ils exercent leur art, et qu'ils élèvent au plus haut; car c'est ou leur patrie ou leur cité d'adoption; et puis la reconnaissance un peu trop forte pour le climat où leurs souffrances se sont amendées, et auquel ils doivent peut-être la guérison de quelque maladie. Ces deux sentiments, très-louables au fond, nuisent en s'exagérant à l'exactitude des appréciations. Et une monographie qui devrait être l'analyse fidèle des conditions variées d'un climat et de leurs effets sur l'économie, devient dans ce cas, malgré le témoignage des chiffres, un panégyrique qui place l'objet du travail au-dessus de tout éloge et en dehors de toute comparaison, Toutes les monographies, qui existent sur chacune des villes climatériques de l'Italie, ne méritent pas certainement ce reproche; mais il est rare que celles, qui ont été écrites dans le seul but d'éclairer l'opinion et de remplacer l'illusion par la vérité, n'en portent pas quelque trace dont il faut ne pas oublier de tenir compte, si, à son tour, on ne veut pas s'exposer à tomber dans l'erreur. Cela posé, je m'empresse de dire que la monographie d'Hyères de M. Barth est un bon travail, et un travail aussi complet qu'il était possible de le faire dans l'espace un peu trop réduit de quelques feuilles d'impression. Ecrit en très-bons termes, joignant comme pièces à l'appui des travaux suffisants de météorologie et une flore du territoire, le jugement qui sert de conclusion paraît bien motivé. Il y a en effet de l'harmonie entre les prémisses et la conséquence. Hyères, selon l'auteur, mérite les louanges que l'opinion lui accorde et mérite même au delà. C'est une ville qui, loin d'être au-dessous d'autres cités climatériques de la Péninsule italienne, ne perd pas et gagne

même à la comparaison. Enfin, à cause de l'égalité et de la modération de sa température, de la sérénité habituelle de son beau ciel, elle exerce une influence salutaire très-puissante sur la phthisie pulmonaire et les affections qui se développent et s'aggravent dans les climats septentrionaux. D'une manière absolue, M. Barth a raison. Hyères est un lieu très-favorisé par la nature, et qui mérite certainement le suffrage des médecins et la reconnaissance des malades ; mais, dans la nomenclature des affections que cette région circonscrite de notre territoire peut heureusement modifier, cet auteur n'est-il pas allé trop loin, n'a-t-il pas étendu outre mesure son action curative? Je le crois ; et si M. Barth a réellement commis quelques exagérations, c'est probablement parce qu'il s'est senti pénétré d'une grande reconnaissance, comme il le dit lui-même, pour la santé que le climat d'Hyères lui a rendue.

Ainsi, bien qu'Hyères n'ait pas une atmosphère humide malgré le voisinage de la mer, il ne faut pas admettre que cette sécheresse relative, jointe à la douceur ordinaire de la température, puisse produire de bons effets sur les sujets scrofuleux. Il faut un peu plus de sécheresse et de mouvement dans l'air pour apporter de l'amélioration dans les engorgements glanduleux, par exemple, où cet état cachectique général est l'un des caractères et des effets de l'exagération morbide du tempérament lymphatique. Un séjour tel que celui-là peut agir efficacement contre certaines névralgies, mais il y en a d'autres qu'il doit certainement empirer : celles qui résultent, par exemple, d'un état de faiblesse profonde, d'un défaut de résistance dans les forces radicales de l'économie, ne font que se continuer ou même s'aggraver d'une manière notable dans les climats caractérisés par la douceur et l'égalité pour ainsi dire inaltérable de la température. Il faut, pour combattre cette condition, un air salubre, une température un peu froide et une atmosphère moins paisible que celle dont on jouit pendant une partie de l'année, à l'abri des gracieuses collines d'Hyères. Voyez plutôt ces femmes du monde, qui s'épuisent pendant les mois d'hiver dans les bals et les spectacles, et atteignent rarement la fin de cette saison de mouvement et de plaisirs, sans éprouver des troubles plus ou moins graves dans l'innervation. Ce genre de souffrance, qui se joint presque toujours à de la faiblesse et de l'anémie, prend même quelquefois un caractère alarmant. Eh bien! le correctif le meilleur et le plus prompt de ces déchéances douloureuses de l'organisme, ce sont les promenades sur les hautes croupes des Pyrénées ou de la Suisse. Les bains d'air agité qu'on y prend sont l'antidote souve-

rain de ces névralgies, suite ordinaire ou plutôt nécessaire de la faiblesse de la constitution et de l'épuisement des forces. Cette différence entre les affections nerveuses qui peuvent être heureusement modifiées par le climat d'Hyères et celles qui n'y pourraient trouver au contraire qu'une aggravation, méritait d'être notée dans l'ouvrage, si consciencieux d'ailleurs, de M. Barth. S'il ne l'a pas fait, et s'il a été conduit à donner à cette partie de notre territoire la valeur un peu trop exagérée d'un remède propre à tous les maux, ce n'est pas seulement à cause du sentiment si respectable de la reconnaissance pour un lieu où il a trouvé la santé; il y a je crois un autre motif qui mérite qu'on s'y arrête.

Il existe une sorte de lutte entre deux villes rivales et voisines touchant l'excellence de leur climat : l'une, c'est Hyères, et l'autre Nice. Lorsqu'on passe quelques jours à Nice, on y voit tout le monde célébrer d'un commun accord la supériorité de la vue, de l'air, des conditions climatériques, au détriment de la ville française; lorsqu'on va visiter Hyères, on y retrouve les mêmes idées et le même sentiment d'appréciation à l'encontre de la ville étrangère. Pour arriver à la connaissance de la vérité, il faut s'isoler de toutes ces opinions plus ou moins passionnées ou plus ou moins intéressées, feuilleter les observations météorologiques, et surtout étudier avec soin l'ensemble, les accidents, le caractère de la topographie. M. Barth a consulté et rapproché différents travaux sur la météorologie de Nice; mais il me paraît avoir eu trop de confiance dans les observations et le jugement de personnes dont quelques-unes sont même étrangères à la médecine. Ce qui est plus grave, il n'a pas visité la rivale d'Hyères. Si ce médecin avait voulu vérifier par l'étude des lieux les assertions ou les témoignages qu'il a rassemblés, il est probable qu'il se serait montré moins sévère dans l'appréciation d'un climat qui a des inconvénients et peut même avoir des dangers, mais qui présente aussi des avantages. Personne ne niera que les vents du Nord n'aient plus d'accès dans le bassin de Nice que dans celui d'Hyères, dont le territoire est surtout exposé au souffle des vents méridionaux; cependant cette condition est moins défavorable qu'on ne pense. Les vents du Nord agitent les couches supérieures de l'atmosphère, vont battre au loin la haute mer, et laissent en paix le magnifique jardin qui s'étend du rivage jusqu'au pied des montagnes. Quant à ces transitions brusques dont parle M. Barth, c'est surtout au printemps et non dans l'hiver qu'elles ont lieu, ce qui ne peut pas nuire aux malades, puisqu'ils sont déjà partis au commencement de cette capricieuse saison. Une preuve d'ail-

leurs que ces vicissitudes si incriminées par d'autres que par M. Barth et par ce médecin lui-même, ne sont pas très-redoutables, c'est l'état de la végétation qui couvre le bassin. Tous ces produits de la Flore indigène présentent les plus beaux types; et parmi cette population d'orangers et de citronniers qui se presse dans les jardins et au bord des routes, il y en a peu qui présentent cette taille réduite et cette complexion délicate qu'on remarque sur les mêmes arbres des jardins d'Hyères. Rien n'éclaire aussi bien que la comparaison. Je ne désapprouve pas cependant d'une manière absolue l'opinion de M. Barth; mais il aurait dû faire la part du climat de Nice qui peut être très-utile dans des affections ou des états morbides que le ciel d'Hyères ne pourrait efficacement modifier : je puis donner pour exemple ces névralgies dont je parlais tout à l'heure.

La monographie de M. Provençal n'a pas la même valeur, sous le point de vue de la netteté du style, de l'ordre des idées et de l'économie de la démonstration, que celle de M. Bath. L'auteur s'est livré à son enthousiasme, et ne s'est pas donné le temps de digérer les faits qu'il a rassemblés et les conséquences qu'il a tirées d'un groupe peut-être un peu trop considérable d'observations. Il n'a pas même bien choisi son terrain ; car il a cru devoir donner une place énorme à l'appréciation des tempéraments et des caractères dans les différentes classes de la population ; l'auteur va même jusqu'à pénétrer dans les salons pour y chanter le sexe indigène et ses grâces non pareilles. Tout cela est sans doute d'un grand attrait pour les étrangers malades qui aiment à joindre l'utile à l'agréable, mais ne devrait avoir cependant qu'une place très-accessoire dans un livre qui se propose un but sérieux ; on n'a pas d'ailleurs feuilleté dix pages de cette brochure, qu'on reconnaît bientôt, dans le monographe du comté de Nice, un malade plein de la plus vive reconnaissance pour un climat qui l'a sauvé. Cela explique suffisamment toutes les exagérations dithyrambiques qui forment épisode dans le livre, et l'hommage que l'auteur croit devoir offrir aux personnes dont il a reçu un bienveillant accueil. Mais ces effervescences d'imagination et de style expliquées une fois pour toutes, il faut s'empresser de dire que la partie sérieuse, la partie réellement pratique et médicale du travail, mérite considération.

L'auteur a eu un but très-louable en prenant la plume, et que, pour ma part, j'apprécie à sa juste valeur : il a voulu faire sortir de sa ténébreuse obscurité un des séjours les plus agréables, un des gîtes climatériques les meilleurs du golfe de Gênes et de la péninsule italienne : je veux parler de la petite ville de Menton,

de la principauté de Monaco. Lorsque je visitai ce charmant pays, que j'en eus embrassé la topographie, que j'eus admiré les belles productions de son territoire, je m'étonnai de l'abandon dans lequel l'avaient laissé les voyageurs et la médecine. En effet, les voyageurs passent sans s'arrêter, et la médecine fait comme les touristes : elle passe à son tour, et préfère aller poser le champ de ses observations dans les villes de l'Italie. J'avais déjà signalé, dans la *Gazette Médicale* (1), les avantages du climat de Menton ; je suis heureux d'avoir à dire que le docteur Provençal est entré dans de très-grands détails sur ce sujet. Ainsi l'époque de la réparation commence à luire pour cette ville. Menton n'est qu'à quatre lieues à peu près de Nice ; sa position est admirable : près de la mer, il regarde le couchant, l'orient et le midi ; de hautes barrières s'élèvent au nord et le défendent contre les vents qui soufflent de ce côté. Une preuve, prise entre toutes, de la douceur de son climat, c'est la beauté des citrons qu'on y récolte. Ces fruits y sont aussi beaux que ceux de Naples et de Sorrente ; j'ai pu comparer ces produits, et certainement ceux de la principauté de Monaco ne perdent pas à la comparaison. Des observations thermométriques ont été recueillies avec soin dans cette localité, et fournissent des témoignages concluants sur la douceur et l'égalité de la température. Il résulte de ces tableaux, qui comprennent vingt-sept années (1818 à 1844), que le thermomètre n'est descendu que trois fois au-dessous de zéro, et que l'extrême chaleur a été de 25 degrés, même dans les étés les plus chauds. Les vents qui soufflent sur cette vallée contribuent principalement à cette température, dont les oscillations ne s'exercent que dans les limites d'une très-courte échelle. D'après M. Provençal, en effet, le nord ne fait que de courtes apparitions durant le cours de l'année, et pendant près de trois cents jours, l'atmosphère est sous l'influence des vents du sud et de ses collatéraux. Cette appréciation n'a été faite que sur une année prise au hasard ; mais elle donne une idée suffisante des conditions fondamentales d'un climat qui mérite assurément une préférence marquée sur des localités célèbres de la péninsule. Ces généralités disent suffisamment quelles maladies Menton peut combattre avec avantage, puisqu'elles placent cette cité délicieuse à côté de Pise et des villes connues pour exercer une influence favorable sur la phthisie.

Mais l'analyse du climat de cette cité riveraine du golfe de Gênes ne forme qu'un épisode du livre de M. Provençal. Cet

(1) *Impressions médicales d'un voyage en Italie : la Rivière de Gênes*, année 1845.

auteur ne s'occupe pas seulement de Nice : de Monaco, il pénètre aussi dans l'intérieur des terres jusque dans les villages exposés aux vents du nord qui sifflent dans les défilés de l'Apennin et des Alpes, et constituent des conditions climatériques si différentes de celles dont on jouit au fond des vallées. Ce travail est utile pour le voyageur qui parcourt en curieux les beaux sites qui commencent dans la zone des orangers et finissent sur les hauteurs couronnées de neiges permanentes. Le malade ne s'expose pas à d'aussi dangereuses excursions; il n'y a d'intéressant pour lui que les gîtes où il pourra s'abriter contre ces froids piquants ou ces secousses violentes qui caractérisent l'atmosphère des régions septentrionales et des lieux élevés. Monaco et Nice ont donc seulement une certaine importance ; je ne parle pas de quelques villages peu populeux qui couvrent çà et là la côte ou la campagne. Monaco touche presque à Menton ; toutefois leur position est très-différente, et les effets qui en résultent sur l'économie ne se ressemblent pas. Moins abritée que Menton, la capitale de la principauté est exposée à une ventilation plus active. Ce climat est donc défavorable en hiver aux malades affectés de la poitrine ; mais en été il se distingue par une certaine fraîcheur de l'air qui se fait rarement sentir dans la ville dominée par les montagnes. Le docteur Provençal en tire la conséquence que les phthisiques pourraient y trouver des conditions favorables pendant la chaude saison. Je ne suis pas de cet avis, car le vent y est quelquefois trop rapide et même trop vif pour ne pas exciter avec trop de force les organes pulmonaires. Mieux vaut le recommander contre certaines affections chroniques du bas-ventre, que les influences de cette nature guérissent ordinairement. Je ne parle pas de la monographie de Nice, qui a aussi une place assez large dans le volume. Le docteur Provençal, qui paraît connaître parfaitement tout le comté, défend ce climat avec l'autorité des observations poursuivies avec soin par MM. Risso et Ribaudi, et ne conclut pas comme le docteur Barth, qui n'est pas suffisamment juste pour Nice. Dans tous les cas, l'un et l'autre ont fait, malgré les taches que j'ai signalées, un travail qui mérite le suffrage de la critique. On est toujours utile lorsque, malgré les lacunes ou les exagérations, on parvient à faire connaître et à fixer solidement une vérité.

MÉLANGES.

47. *De l'influence des pâtes mercurielles sur les caries dentaires*; par M. E. Collin fils, chirurgien-dentiste.

(Journal des Connaissances médicales, décembre 1846.)

La carie des dents, ainsi que nous l'avons dit dans une étude sur l'organisation du système dentaire, est le résultat, soit d'un vice organique congénial, soit de l'action directe de certains agents sur des dents atteintes d'une prédisposition pathologique. Dans les deux cas, il est important de classer distinctement les moyens thérapeutiques, propres à détruire les divers principes dont l'influence délétère porte le trouble dans la vitalité de ces organes.

Sans donner une description détaillée des divers agents employés pour arriver à ce résultat, nous pourrons signaler la préférence des praticiens pour tels et tels moyens dont l'application est mieux à leur convenance. L'or, le platine, l'étain en feuilles et le métal de D'Arcet (1), avaient d'abord été employés avec avantage; mais la cherté des premiers avait occasionné un emploi plus constant des derniers. La majorité des caries dentaires étaient dès lors remplies avec de l'étain ou du métal de D'Arcet, lorsque nous est arrivé d'Angleterre un procédé opératoire dont les avantages se réduisent à la simplicité de son application.

Certains praticiens, désireux de s'attribuer l'invention d'un amalgame préconisé en Angleterre, en 1819, sous le nom de *mastic de Bell*, et plus tard en France sous ceux de *pâte d'argent de Taveau* et de *succédanéum minéral*, font encore un secret de la préparation de cet amalgame. Sa composition primitive, ainsi qu'elle était employée en Angleterre, n'était autre que la mixtion d'une quantité de limaille d'argent fin avec une dose relative de mercure. Celui-ci, en raison de sa propriété de s'amalgamer avec l'argent, s'incorpore dans les parties divisées de ce métal; et il résulte de cette combinaison un corps homogène dont la densité, égale à celle de l'argent lui-même, l'a bientôt fait rechercher pour l'obturation des caries dentaires.

Plus tard, des praticiens, ayant reconnu que la promptitude avec laquelle cet amalgame noircissait tenait évidemment à l'oxydation inévitable de l'argent, pensèrent remédier à ce grave inconvénient en substituant l'or à l'argent dans la préparation de ce produit. Le succès le plus complet constata les avantages de ce nouveau procédé. Néanmoins, la cherté de l'or devait bientôt lui faire préférer le plomb, qui dès lors entra pour une

(1) Alliage de bismuth, de plomb et d'étain.

grande part dans la préparation de la poudre d'argent, poudre que l'on trouvait, à Paris, chez des fournisseurs spéciaux, et dans l'amalgame tout préparé que ceux-ci conservaient dans des flacons bouchés à l'émeri.

Sans rechercher la cause qui a pu faire justice de l'abus d'une telle falsification, nous pouvons constater la préférence que l'on a généralement pour le nitrate d'argent, sel que chaque praticien peut à la rigueur préparer lui-même. Le produit obtenu par la combinaison du nitrate d'argent et du mercure a encore l'avantage, sur celui où l'argent est employé en limaille, de se solidifier plus promptement et d'être obtenu dans un plus parfait état de pureté.

Tel est donc le procédé dont certains praticiens se disent les inventeurs. Mais si, d'un côté, la simplicité de son application peut en faire rechercher l'usage, de l'autre, les inconvénients attachés à son emploi doivent le faire considérer comme un moyen nuisible. Les propriétés délétères de cet amalgame doivent enfin être dévoilées aux yeux des praticiens consciencieux qui, par des circonstances particulières, n'ont pu s'éclairer à cet égard.

En publiant, à titre d'avertissement, le fruit de quelques observations générales sur l'emploi de cet amalgame, nous n'avons en vue que de prévenir les inconvénients qui peuvent résulter de l'usage de ce procédé. Des considérations pratiques sur l'emploi du mercure administré, soit en friction, soit à l'intérieur, révèlent dans cet agent une influence délétère exercée directement sur le système dentaire, sur les glandes salivaires et sur la membrane alvéolo-dentaire. La constance de ces résultats démontre que l'action nuisible du mercure atteint particulièrement les dents alors même qu'il n'est employé qu'en friction. Or, puisqu'il en est ainsi, quelle objection pourra-t-on opposer au raisonnement qui proscrira l'application directe du mercure sur des organes frappés d'un état pathologique, alors qu'il les affecte si gravement dans l'état sain ?

Personne n'ignore que l'emploi prolongé du mercure détermine, avec une salivation abondante, la formation d'un tartre pierreux dont le dépôt sur le collet des dents occasionne une vive inflammation du tissu gencival. La présence de cette concrétion salivaire sur le collet des dents peut, par la continuité de son action, déterminer une suppuration sanieuse du tissu gencival environnant.

Dans d'autres cas, l'inflammation est circonscrite à la membrane alvéolo-dentaire; dès lors la vacillation des dents est patente, et une irritation générale du tissu gencival accompagne

cette première lésion. Dans d'autres cas encore, mais plus rarement, l'action du mercure occasionne une irritation générale du tissu dentaire, et lorsque, à la suite de cette phlegmasie, quelques dents sont atteintes de carie, la sensibilité dont elles sont affectées, et la couleur gris de plomb qui leur est particulière, dénotent évidemment l'action délétère du mercure.

Ces faits, dépendant d'observations pratiques, sont irrévocables : on peut donc conclure à une action constamment délétère du mercure sur les ostéides dentaires et leurs dépendances. Or si, en constatant son influence alors qu'il n'est employé qu'à l'extérieur, cette observation se trouve corroborée par la constance de son action alors qu'il est administré à l'intérieur, peut-on en faire impunément l'application immédiate sur un tissu déjà désorganisé?

Il est un fait patent qu'il est essentiel de ne point perdre de vue, c'est que la dent est incontestablement organisée. Ainsi, trouvant dans la carie de cet organe une dégénérescence du tissu affecté amenée par la décroissance de la vitalité du centre capillaire, c'est reconnaître un état pathologique de l'organe, une vraie cessation du fonctionnement vital.

Il est dès lors important d'atténuer l'effet d'un principe destructeur connu, en interrompant tout rapport de ce principe avec l'organe. Eh bien! on ne peut arriver à ce résultat que de deux manières. Premièrement, en agissant directement sur le tissu affecté par les moyens thérapeutiques appropriés à la lésion, et secondement, en interposant un corps neutre entre l'organe et le principe destructeur.

Les moyens thérapeutiques étant connus de tous les praticiens, nous nous bornerons à en faire l'énumération, à l'exception d'un seul cependant, dont nous nous proposons de faire la description dans un article spécial. (Nous voulons parler de l'action du feu sur les caries dentaires.) Ces moyens peuvent être divisés en catégories.

Dans la première nous classerons la lime, la cautérisation à l'aide du cautère actuel, les caustiques et les essences. Ces agents exercent tous une influence plus ou moins constante et dont l'activité varie suivant les circonstances qui en accompagnent l'emploi.

Dans la seconde, nous comprendrons les agents neutres, tels que l'or, etc., employés dans l'unique but d'interrompre tout rapport entre la cause et l'effet. L'application de ces divers métaux, qui devrait n'avoir lieu que dans des cas exceptionnels, est devenue si générale, qu'elle est pratiquée trop souvent à tort

dans des circonstances où elle ne peut qu'être nuisible ; mais, comme les inconvénients résultent alors de la nature de l'affection que l'on veut combattre, nous n'attribuerons pas à ces divers métaux la cause réelle des désordres que leur présence occasionne, puisque nous les avons reconnus neutres.

Mais, si la pratique a sanctionné l'usage de ces divers moyens dans des cas d'altération partielle du tissu dentaire, elle est loin d'étendre la même approbation à l'emploi du succédanéum minéral, et généralement à l'usage des amalgames dont le mercure est la base ou une partie constituante.

En proscrivant l'emploi des pâtes mercurielles pour le plombage des caries dentaires, nous signalerons en premier lieu la promptitude avec laquelle ces amalgames s'oxydent. De plus, ces composés, diminuant sensiblement de volume dans une progression croissante, deviennent des moyens d'obturation très-incomplets, puisque la dissolution de leurs parties laisse pénétrer les sucs buccaux jusqu'à la surface dentaire désorganisée qu'ils devaient isoler.

En second lieu, nous constaterons une absorption constante du mercure, dans les cas où la limaille d'argent a servi à l'amalgame, et du nitrate de mercure, dans le cas où c'est le nitrate d'argent qui aurait été employé. Dans l'un comme dans l'autre cas, l'action délétère de la préparation mercurielle est également manifeste.

Parmi les faits qui appuient cette opinion, nous citerons ceux décrits par M. le docteur Talma, dentiste à Bruxelles. Ce praticien éclairé a exposé, dans des conditions en parfait rapport avec l'observation, les inconvénients qui sont résultés de l'emploi de ces divers composés sur un certain nombre de sujets, et déclare formellement avoir complétement abandonné ce système opératoire après y avoir eu confiance pendant plusieurs années. Mais, ainsi que l'avoue ce praticien, l'expérience a dû lui en interdire l'usage.

Ainsi, en étudiant l'absorption du mercure par le tissu dentaire, nous en retrouvons les traces jusque sur les couches les plus superficielles de l'émail. Celui-ci, ainsi que le reste de la dent, passe bientôt, de la couleur blanche qu'il a, non seulement à la couleur gris de plomb, mais encore au noir, lorsque le mercure est en rapport constant avec le corps de la dent. A ce premier résultat se joint celui d'un action délétère produite par la présence du même agent dans les couches les plus centrales de la dent. De ce dernier fait, dépend l'inflammation plus ou moins vive du corps de la dent et de la membrane alvéolo-dentaire. Ces diverses

actions produisent par leur réunion une sensibilité variable du tissu dentaire, et une vacillation plus ou moins prononcée de la dent. Celle-ci, dans quelques cas, rares il est vrai, ressort de l'alvéole par suite de l'inflammation de la membrane qui l'y tient fixée.

La douleur occasionnée par l'absorption du mercure est parfois si vive, que l'extraction de la dent obturée paraît inévitable. Cependant elle peut n'être pas irrévocablement prescrite, si l'on parvient à enlever à temps l'amalgame dont la présence cause les douleurs. Dans des cas non moins rares, si l'on emploie ce mode d'obturation dans l'intention d'arrêter les progrès de la carie, on atteint inévitablement un but contraire à celui que l'on se proposait. L'observation démontre que la carie fait des progrès d'autant plus rapides que la désorganisation du tissu dentaire était plus avancée lors de l'opération, et que l'absorption a pu s'effectuer dans des conditions conséquemment plus favorables.

Ces faits, dont la constance ne saurait être démentie par l'observation, sont encore corroborés par des considérations puisées dans l'organisation des dents. Dès lors, on peut conclure à une action puissamment délétère du mercure sur ces organes. L'expérience et les données anatomiques nous démontrent la possibilité de détruire l'effet d'un principe désorganisateur, par l'interposition d'un corps neutre ou l'application d'un agent propre à annuler l'effet d'une cause connue.

Ayant démontré les inconvénients attachés à l'emploi des pâtes mercurielles pour l'obturation des caries avancées, nous rapporterons des considérations relatives sur son emploi, pour les caries commençantes.

L'action délétère du mercure ne peut être atténuée par la division de ses parties. Seulement, dans les cas où il est employé en petite quantité, il agit d'une manière moins sensible quant à la douleur et à l'inflammation de la membrane alvéolo-dentaire. Néanmoins, l'altération de la teinte de la dent et la progression croissante de la désorganisation primitive du tissu affecté sont constantes.

Ce fait, dont l'existence ne saurait être révoquée en doute, proscrit absolument l'usage de ce mode opératoire.

Il résulte de ces considérations deux principes fondamentaux :

1° Que les dents sont des organes dont les divers états pathologiques exigent des soins toujours en rapport avec la nature de l'affection ;

2° Que le mercure exerce sans exception une influence délétère sur le système dentaire, en particulier dans l'état sain.

Or, si l'action délétère du mercure sur les ostéides dentaires est constante dans l'état sain, à quel degré doit elle être nuisible alors que ces organes sont frappés de désorganisation !

Quelle que soit donc la facilité avec laquelle cet amalgame se prête à l'exigence du cas, et la faible quantité employée à l'obturation d'une carie dentaire, il doit être regardé comme un véritable agent désorganisateur : à ce titre, nous devons en proscrire l'emploi et lui préférer d'autres moyens consacrés par la pratique.

---

48. *De la lithyménie, ou destruction des calculs vésicaux par les irrigations intra-membraneuses ;* par le docteur C. J. B. Dumesnil, (de Coutances).

(Gazette des Hôpitaux, N° 109, 110; 1846.)

Je propose d'appeler *Lithyménie* toute manœuvre opératoire qui consiste à envelopper dans un sac les calculs de la vessie, afin de les attaquer ensuite, soit par les instruments chirurgicaux, soit par les agents chimiques. On dirait donc : Lithyménie par brisement, par trituration, par écrasement, par dissolution etc., etc. Mais comme je doute que ce procédé préparatoire puisse jamais venir en aide à la lithotritie, je désigne sous ce seul mot « Lithyménie », l'opération qui a pour but de *détruire les concrétions vésicales au moyen de lithontriptiques très affaiblis et poussés par irrigation dans une poche membraneuse isolante.* Je l'ai pris, parce qu'il est simple, euphonique, et qu'il est impossible d'en choisir un qui rende convenablement la phrase précédente ; de plus, il ne fait rien préjuger de la nature des réactifs, qui, comme on le verra, ne doivent point être exclusivement cherchés parmi les dissolvants.

Nous signalons donc comme s'opposant au succès des irrigations :

1° La distension de la vessie ;

2° La disparition des fluides naturels, mucus et urine qui lubrifient la muqueuse, cause principale d'irritation et d'inflammation ;

3° L'absence d'un courant continuel et rapide baignant immédiatement le calcul ;

4° L'impossibilité qu'éprouvent les fragments à sortir par la sonde ;

5° La difficulté d'apprécier par le cathétérisme à quel point on est parvenu après une ou plusieurs séances.

Toutes ces contre-indications disparaissent si l'on substitue aux irrigations vésicales immédiates les irrigations vésicales médiates ; en d'autres termes, si l'on parvient à isoler la concrétion

urinaire et à agir directement sur elle, abstraction faite de la muqueuse et des parois de la vessie.

Lithyménie. — Il me semble que tous les médecins ont dû se demander souvent, au milieu de leurs méditations scientifiques, s'il ne serait pas possible de mettre, entre les calculs et la cavité urinaire, une barrière qui permît de pousser sans danger des agents puissants sur ces corps étrangers afin d'en obtenir le départ. Si cette idée ne se trouve dans aucun ouvrage de l'antiquité ou du moyen âge, c'est que probablement elle a été jugée aussi impraticable que vulgaire. De nos jours on a, dit-on, construit un réseau métallique imperméable pour renfermer le calcul, et l'attaquer ensuite par des réactifs énergiques (Roche et Sanson, etc.). Je suis encore à comprendre comment on peut faire un réseau semblable, l'introduire dans la vessie, y injecter sans crainte un acide concentré, et le fermer ensuite. M. Charrière lui-même ne le comprend pas davantage, et l'on doit s'applaudir qu'une pareille idée n'ait pas été suivie de l'exécution.

Je viens aujourd'hui proposer un instrument pour isoler la pierre, et la traiter par les litrontriptiques, mais tellement affaiblis, comme on l'a vu plus haut, que le danger serait à peu près nul lors même qu'ils toucheraient accidentellement la muqueuse urinaire.

Dès le mois d'août 1845, j'avais versé dans de petits sacs de boyau de mouton des solutions acides et alcalines, et j'avais observé que tous les liquides qui ont servi jusqu'alors aux dissolutistes n'étaient pas assez forts pour altérer les parois de mes membranes. J'avais aussi inventé une espèce de sonde qui me permettait d'introduire dans la vessie un condom, de l'y déployer et d'y loger la pierre, etc. Bientôt je me procurai des calculs, je fis des expériences nombreuses, et je me convainquis que les réactifs ordinaires n'avaient pas assez d'action pour dissoudre rapidement les concrétions vésicales, qu'il fallait y suppléer par la quantité et la rapidité du jet, etc.; je pensai donc, non à enfermer la pierre dans un petit mais bien dans un long sac qui pût ressortir par le canal de l'urètre, et dans lequel les irrigations auraient lieu : cette condition de la sortie de l'ouverture de la membrane est indispensable. D'autres peuvent avoir songé comme moi à l'emploi des enveloppes non métalliques; mais si l'on n'y joint pas la méthode de l'irrigation, ce système n'a pas de chances d'avenir.

Laissons là cette question de priorité; et avant d'aborder la description de mon *hyménophore* et du procédé opératoire, donnons quelques détails sur la résistance des membranes aux dis-

solutions lithontriptiques, et sur le phénomène de l'exosmose.

J'ai employé particulièrement des condoms, mais il serait peut-être aussi avantageux d'avoir recours à des intestins desséchés de divers animaux. J'avais regardé d'abord comme indispensable la présence d'un infundibulum, tel que celui de l'appendice cœcal; mais j'ai reconnu depuis qu'un segment intestinal lié fortement à l'un de ses bouts par un fil de soie serait tout aussi bon et tout aussi sûr. Avant de répéter les expériences chimiques qui ont été faites sur les calculs, j'avais voulu constater jusqu'à quel point ces membranes peuvent résister à l'action des alcalis et des acides. Une solution de potasse caustique, à l'énorme dose d'un dixième, ne les ramollit sensiblement qu'après un contact de plusieurs heures, et les solutions acides au même degré ne les ont jamais perforées; cependant je les y ai abandonnées jusqu'à l'entière évaporation ; les poches sont même devenues plus résistantes. Bien plus, c'est que si dans une membrane prête à se rompre au moindre effort, par l'effet longtemps continué des liquides alcalins, vous versez une solution acide, après quelques instants le tissu a repris une force telle que les secousses, l'action des doigts, l'impression même des ongles ne peuvent le déchirer. J'ai augmenté la densité des liquides acides, et la perforation n'a pas encore eu lieu. Pour que cela arrivât, la concentration devrait être telle, que la membrane se crispât et se racornît; or c'est à peine si un acide pur étendu dans une ou deux fois son poids d'eau distillée, produit ce résultat. Aussi, quand nous proposons des solutions acides au vingtième, nous sommes aussi certain de la résistance des membranes que si leurs parois étaient de verre ; nous affirmons qu'un semblable liquide injecté pendant un ou deux jours, sans discontinuité, n'y occasionnerait aucune altération, et leur donnerait même plus de consistance.

Il ne serait pas prudent de continuer longtemps des injections intramembraneuses avec les solutions de potasse ou de soude au dixième ; le ramollissement serait à craindre, surtout si on ne revenait pas promptement à des irrigations acides qui rendent le ton au tissu affaibli. Mais nous sommes loin d'être obligé d'avoir recours à un pareil dissolvant; il vaut mieux mener l'opération un peu plus lentement, et rester dans une complète sécurité. Nos dissolutions, où la potasse n'entre que pour 2 à 3 grammes sur 100, ont encore assez d'énergie sur les concrétions urinaires, et n'en ont que bien peu sur nos petits sacs. Il est certain que l'eau distillée, même seule, finirait par produire une espèce de macération que la potasse favorise encore ; mais peu nous importe, ce ramollissement ne se prononce d'une manière évidente

qu'au bout de trois ou quatre jours, et nous n'aurons jamais lieu de prolonger nos séances plus de deux ou trois heures. Par conséquent, si les malades voulaient qu'on allât plus loin, il n'y aurait pas encore la moindre crainte à concevoir. De plus, je me suis assuré dernièrement, chez les boyaudiers, qu'on peut préparer des sacs excessivement minces dans leur longueur et très épais dans leur fond, et l'on établit ainsi ceux dont je me sers depuis quelque temps.

Je suis aussi tranquille, grâce à ces essais, qu'un architecte qui, après avoir construit un pont, le voit résister à une charge décuple de celle qu'il doit jamais supporter.

Dès que j'ai eu reconnu que les liquides acides et alcalins, suffisant à la destruction des calculs, pouvaient être infiniment plus faibles que ceux dont je m'étais servi pour éprouver mes enveloppes membraneuses, j'ai renoncé à expérimenter avec des solutions concentrées, et les plus fortes ont été celles où l'acide entrait pour un dixième, et la potasse pour un vingtième ; dose encore bien supérieure, on le voit, à celle de nos lithontriptiques. A ces titres, les liquides introduits dans de bons condoms et suspendus au-dessus d'un verre, ne laissent pas en général suinter une seule goutte, même après quarante-huit heures ; cependant le sac qui renferme l'alcali peut alors commencer à se laisser pénétrer : si l'ouverture est béante, la pénétration est plus lente que si l'on y a appliqué une ligature. Posées ainsi remplies pendant un jour sur une planchette de sapin ou une feuille de papier, ces membranes les rendent à peine humides ; mais il n'y a pas d'apparence de liquide, même si l'on y regarde avec une forte loupe. Néanmoins, ici commence un phénomène qui serait plus promptement produit si les sacs étaient plongés dans l'eau. La langue appliquée sur ces petites outres y perçoit une saveur, peu prononcée, il est vrai, mais positive, qui décèle la qualité de la solution. Les papiers réactifs humides y contractent une légère teinte si on les y applique un certain temps. Plongés dans l'eau froide et surtout tiède, ces petits sacs lui transmettent un goût un peu acide au bout de vingt minutes, et le goût alcalin un peu plus tard. Il y a donc exosmose, et la muqueuse vésicale ne serait pas tout à fait à l'abri du contact des agents chimiques, si le mucus et l'urine ne devaient rester là pour la protéger. De plus, il n'est pas impossible de diminuer et même de rendre presque nulle cette propriété qu'ont les tissus membraneux de se laisser traverser ; pour cela, il suffit de les enduire de certaines substances. La térébenthine et l'acide tannique ne m'ont pas donné de résultat satisfaisant ; l'huile a très peu d'effet, surtout si l'in-

jection est chaude ; l'axonge atteint mieux ce but : le liquide extérieur , quoique tiède, n'est pas sensiblement acide au bout de deux heures ; le cérat m'a encore mieux réussi. Très-probablement une combinaison d'huile et de blanc de baleine, dont on mettrait plusieurs couches et en dedans et en dehors , serait aussi un excellent liniment. Le sperma ceti fond à 44°68, la cire à 68; ces deux substances doivent donc être préférées aux huiles employées seules, ou aux autres corps gras, qui demandent un degré de calorique moins élevé pour entrer en fusion. On pourra se fixer promptement sur ce point ; mais je m'en suis déjà assez occupé pour ne pas redouter l'effet de l'exosmose. Je n'ai pourtant pas pris de grandes précautions ; je me suis contenté de frictionner légèrement mes condoms avec un peu de cérat au moment même où j'allais y verser mes solutions.

Quoique l'urine soit plus concentrée que les liquides lithontriptiques, je crois que le mouvement très rapide , opéré à l'intérieur du sac par l'irrigation, annulera en grande partie le passage des solutions à travers ses parois : une condition me paraissait essentielle à l'établissement de ces courants , c'est l'état de repos des deux fluides. L'obstacle apporté par la présence du corps gras s'opposera presque complétement, surtout au commencement de l'opération, au passage du réactif par exosmose dans le milieu qui baigne extérieurement les membranes. Enfin, les phénomènes chimiques variés qui se produisent quand les condoms plongent dans l'urine, m'ont paru anéantir complétement le résultat de l'exosmose. L'on n'a donc pas à craindre que l'acide ou l'alcali soit transporté en nature sur la muqueuse vésicale, ce qui se produirait peut-être à la longue si le liquide extérieur était de l'eau pure et non le produit de la sécrétion rénale.

Hyménophore. J'ignore quel est le mécanisme des instruments qui ont servi à saisir les calculs et à les emprisonner dans un réseau métallique, ou une autre enveloppe ; mais je suis persuadé qu'ils ne remplissaient pas les conditions que nous réclamons, et qui sont les suivantes. Pour qu'un pareil procédé mérite l'attention des hommes sérieux , il est indispensable qu'il procure des avantages dont les autres méthodes sont privées :

1° Le diamètre de la sonde conductrice devra être beaucoup plus petit que celui des instruments lithotriteurs, ce qui permettra son introduction, sans dilatation préalable des voies urinaires, chez tous les adultes, à moins de complications, et même chez les enfants qui n'ont pu profiter des bénéfices de la lithotritie à cause de l'étroitesse du canal de l'urètre à cette époque de la vie.

2° Le bout de cette sonde sera courbe dans une étendue de deux à trois centimètres ; on sait que le cathétérisme par les instruments rectilignes est extrêmement difficile, et presque impossible pour les médecins qui ne s'occupent pas spécialement du traitement des maladies de la vessie.

3° Cette sonde conductrice constituera à elle seule tout l'appareil, et n'aura pas une série d'articulations, de vis, etc., etc., qui compliquent les opérations et les rendent souvent impraticables.

4° La recherche du calcul sera très-facile, et la partie de l'instrument qui devra le saisir offrira une dilatation infiniment plus grande que les branches de lithopriomes ; on pourra donc charger des pierres très-volumineuses.

5° Pendant la manœuvre, qui sera de très-peu de durée, on ne sera jamais exposé à pincer ou à froisser les parois du réservoir de l'urine.

Toutes ces conditions se trouvent réunies, à mon avis, dans un instrument dont j'ai donné le modèle à M. Charrière, et qu'il a exécuté avec le rare talent qu'on lui connaît; on peut en diminuer à volonté le calibre et la longueur, suivant l'âge et le sexe du sujet. La description succincte que j'en fais ici, et tout ce que je dirai plus loin, s'applique principalement au cas où il s'agit de pratiquer l'opération chez un homme adulte. Cette sonde, semblable pour le diamètre à nos petites sondes de trousses, a 26 centimètres de long ; elle est légèrement recourbée à son extrémité dans une étendue de 3 centimètres, et se termine par un bec ou bouton traversé d'une vis très-fine placée transversalement. A partir de ce bouton, toute la paroi inférieure manque complétement dans une longueur de 6 centimètres, et forme une véritable gouttière qui a encore 4 centimètres de plus, mais en se contournant latéralement, et à gauche. Voici donc tout simplement une sonde qui, au lieu d'avoir deux œils latéraux, offre une grande gouttière oblique de 10 centimètres. De plus, une série de 4 à 5 centimètres de petits trous est pratiquée, à partir du bouton de la sonde, sur le rebord gauche de cette gouttière. Un ressort très-élastique, fixé à la petite vis, est placé dans toute la portion inférieure de la gouttière, puis le long de l'instrument dans un petit canal particulier, et sort même par le haut, qu'il dépasse de 10 à 12 centimètres; toute cette portion libre porte les graduations du mètre. On conçoit aisément qu'en faisant glisser de haut en bas le ressort, qui prend son point d'appui sur le bec de l'instrument, on formera une anse au niveau de la gouttière, et qu'en l'enfonçant de 6, 7, etc., centimètres, on ob-

tiendra une ouverture plus ou moins considérable. Il ne s'agit donc plus que de fixer sur cette ouverture le pourtour du condom, qui doit être préalablement coupé obliquement dans la moitié de la circonférence, qu'on borde alors d'un fil de cordonnet, et dont toute la partie enlevée est remplacée par un peu de filet en soie fine, torse et solide. A partir du lieu où cesse le filet, et du côté gauche, on coud la membrane aux petits trous que présente le rebord de la gouttière ; le reste de cette ouverture, qui est sans filet, est contourné en spirale sur le ressort, sur lequel on glisse enfin toutes les mailles du filet comme les anneaux de nos rideaux de fenêtres sur la tringle qui les supporte. Si j'ai clairement exposé ce mécanisme, il est facile de comprendre ce qui se passe quand on presse le ressort; l'anse se forme, les petits anneaux s'écartent, la membrane devient béante et constitue une sorte de cercle, qui n'est brisé que dans la partie qui correspond à la sonde. Veut-on agir en sens contraire : on retire le ressort, l'anse se ferme, les petits anneaux suivent et se logent aussi dans la portion inférieure de la gouttière. Voici maintenant à quoi sert la partie latérale de cette même gouttière : c'est par elle qu'on passe dans l'intérieur de l'instrument tout le corps de la membrane, qui a été trempée dans un corps gras et roulée à l'aide d'un cordon plat qu'on retire dès qu'elle a pris la forme ; c'est par elle, quand le calcul est saisi, que sort cette membrane qui est poussée dans la vessie par un petit mandrin boutonné et creux, qui atteint jusqu'au niveau des petits trous de la gouttière, où il sert à diriger au besoin quelques cuillerées d'injection pour faire cheminer le calcul jusqu'au fond de la poche.

Tout étant ainsi disposé, voici comment le corps étranger devra être saisi et isolé par mon *hyménophore*. Le malade étant à demi couché, les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin, on introduit doucement la sonde dans la vessie ; alors on glisse les doigts index et médius droits dans deux anneaux placés latéralement à la partie supérieure de l'instrument : la paume de la main regarde en haut. On va à la recherche du calcul en procédant d'avant en arrière, d'arrière en avant et transversalement de gauche à droite, en déprimant le bas-fond de l'organe. Dès qu'on croit avoir connaissance de la concrétion urinaire, on se garde de frapper dessus pour savoir si elle donne un son mat ou clair : on la laisse au contraire à droite de l'instrument, et avec le pouce de la main occupée, ou si l'on ne peut y atteindre on se sert de la main gauche, on presse lentement sur l'extrémité supérieure du ressort; l'anse s'ouvre peu à peu, et aussitôt on fait exécuter à la main droite un mouvement de bas-

cule tel que l'anneau latéral droit devient supérieur et celui de l'autre côté inférieur; l'ouverture du sac agit alors comme une espèce de cuiller et vient se placer immédiatement au-dessous du calcul, tandis que la portion de la gouttière qui est à gauche de la sonde regarde directement en bas. Quelques petits mouvements de va et vient qu'on fait exécuter au ressort apprendront si le corps étranger est saisi, et soit avant de refermer l'anse, soit après l'avoir refermée, ce qui est préférable, on pousse dans la vessie le corps de la membrane; ensuite, ramenant l'instrument dans sa situation primitive, on essaie de le dégager. Si on éprouve un peu de résistance, on lui imprime quelques légères secousses; on pousse même dans la cavité du petit mandrin laissé en place de 30 à 60 grammes d'eau tiède ou d'huile, et l'on retire bientôt l'hyménophore. Le sac qui l'a suivi vient présenter son orifice à l'entrée et au delà du canal de l'urètre; son fond se trouve derrière le pubis au-dessus de la prostate, et contient le calcul. J'ai toujours vu, sur le cadavre, qu'une membrane de 20 à 22 centimètres avait une longueur suffisante pour parcourir chez l'homme toute l'étendue de l'urètre, quoiqu'une pierre de plus de 5 centimètres de diamètre fût logée dans sa cavité. La largeur et la longueur du sac devront d'ailleurs varier suivant les indications. Si, chez l'homme, la turgescence accidentelle de la verge rendait dans quelques cas la membrane trop courte, il n'y aurait nul inconvénient à la laisser rentrer un peu dans le canal, pourvu qu'un fil de soie fût attaché aux petits anneaux du filet pour la retenir, et la sonde à double courant introduite préalablement dans sa cavité. Cette introduction a lieu dans tous les cas sans la moindre difficulté; l'instrument doit être d'un certain volume pour que son bec ne soit pas exposé à s'arrêter dans les plis du sac, qui est parfois tordu sur lui-même, malgré toute l'attention possible. La longueur, le diamètre et la courbure de cette sonde à double courant seront en tout semblables à ceux d'une sonde de femme; on voit que ce n'est pas l'instrument de Hales, à proprement parler.

Le succès est attaché aux deux conditions essentielles que présente mon hyménophore : 1° faire pénétrer l'orifice de la membrane avant son corps et son bas-fond, et en opérer le développement à l'aide même de la concrétion urinaire et d'une faible injection; 2° ramener son ouverture à l'extérieur. En effet, si elle est tombée entièrement dans la vessie, avant qu'on aille à la recherche du corps étranger, elle flottera de tous côtés, s'interposera le plus souvent entre la partie agissante de l'instrument et le calcul, et rendra ce temps de l'opération très-embarras-

sant ; on ne réussira qu'une fois sur dix, et par hasard. D'un autre côté, l'irrigation soutenue ne peut être pratiquée avec hardiesse que par une méthode qui ne laisse aucun doute sur la continuité et l'intégrité du sac : on ne peut obtenir ce résultat que par le procédé de l'invagination membraneuse dans le canal de l'urètre. Tout autre système expose à de graves accidents, et contre-indique les irrigations des liquides même très-affaiblis ; on ne les remplacerait point par des solutions plus fortes poussées seulement par injection, car les mêmes difficultés subsisteraient encore pour bien s'assurer et maintenir les rapports entre la sonde et le sac, ou opérer l'occlusion complète de ce dernier ; et cela serait possible, que l'énergie plus considérable du réactif ne compenserait pas la perte occasionnée par l'absence de l'irrigation ; et puis, l'exosmose deviendrait redoutable.

Notons encore que, par notre méthode, les injections préalables d'eau tiède seront souvent superflues, le développement de l'instrument et les autres manœuvres n'exposant jamais à léser les parois vésicales, ni même à froisser la muqueuse.

Inutile de faire remarquer que de petits calculs échapperont quelquefois à cet instrument, malgré sa précision ; alors on aurait recours sur-le-champ à un autre hyménophore, le même ne pouvant être chargé une seconde fois à cause de la membrane, qui, dès qu'elle est mouillée, ne saurait rentrer et glisser librement dans sa cavité.

A dater du moment où les irrigations commenceront, tout se passera presque à l'insu du malade ; le liquide ne distendra point les parois de l'organe ; il baignera directement et rapidement la concrétion vésicale. L'accumulation de l'urine, qui ne tardera pas à se faire derrière le bas fond du sac, permettra de pousser le piston avec force et de donner au jet toute l'impulsion possible ; elle annulera le résultat de l'exosmose si les fonctions avec les corps gras ne l'ont pas entièrement masquée. La fatigue n'est donc probable qu'après une longue séance ; mais rien n'empêche de retirer la sonde de Hales et de laisser reposer le patient une, deux heures et même davantage, en conservant le reste de l'appareil pour recommencer dès qu'on le jugera à propos. Cette fatigue ne se manifestera même, très probablement, que dans le cas où la sécrétion urinaire distendrait la vessie outre mesure. L'excrétion se fera alors naturellement dès que la sonde à double courant aura été enlevée, et si cela était impossible, on glisserait une très petite sonde en argent entre le canal et la membrane. Jamais, nous l'avons prouvé, un bon sac, bien préparé, ne peut se perforer et laisser passer le lithontriptique dans la ca-

vité de l'organe ; si pourtant on avait des craintes à ce sujet, on s'assurerait aisément de la vérité. On explore la région sus-pubienne ; la palpation et la percussion indiquent-elles une réplétion de la vessie, on ôte la sonde de Hales, et l'on introduit la petite sonde en argent dont nous venons de parler ; l'urine sort-elle, l'irrigation est continuée ; est-ce le réactif, la membrane est remplacée par une meilleure.

Bien que je sois convaincu que ce motif n'obligera jamais à faire le changement d'un petit sac, il est cependant des circonstances qui nécessiteront cette substitution, et avant tout, par conséquent, le retour du calcul dans la cavité de la vessie. Par exemple, la destruction n'ayant pas eu lieu en une seule séance (et il en sera toujours ainsi pour les concrétions d'oxalate de chaux et souvent même pour celles d'acide urique), comment agira-t-on afin de chasser la pierre du bas-fond de la membrane, et de pouvoir ramener celle-ci à l'extérieur ? On saisira avec les doigts de la main gauche le pourtour du sac et on cherchera à l'attirer à soi, tandis que la main droite poussera la sonde de Hales sur le calcul, ou sur le bas-fond de la membrane qui se déchirera tantôt selon sa largeur, tantôt selon sa longueur ; mais dans la première hypothèse, un fragment sera entraîné dans la vessie avec la pierre. On évite cet inconvénient en ayant soin, lorsqu'on prépare les sacs, de nouer fortement à leur fond et extérieurement un fil de soie très solide qu'on colle tout le long de leurs parois jusqu'à leur orifice, et qui va même jusqu'au haut de l'hyménophore et en dehors. Ce fil sert à ramener la portion de la membrane qui serait tombée accidentellement, comme nous venons de le supposer. Mais un autre moyen de dégager le calcul, et qui me réussit beaucoup mieux, est celui-ci : la sonde de Hales est enlevée, la membrane est amenée à l'extérieur le plus que faire se peut, et on l'incise transversalement aussi près que possible du méat urinaire, après avoir refoulé la verge : le poids de la pierre entraine le reste dans la vessie ; mais le fil de soie, qu'on a eu soin de ménager en faisant l'incision, procure la sortie du sac qui vient alors, non du côté de son orifice, mais par son bas-fond, après avoir basculé sur lui-même, de sorte que sa partie postérieure devient antérieure, et *vice versâ*.

On aurait pu m'adresser une objection par rapport au temps de la manœuvre où, le calcul étant saisi, le dégagement de l'hyménophore ne serait pas possible. En effet, la membrane pourrait se trouver pincée entre le mandrin et la cavité de l'instrument, accrochée dans la gouttière, etc, etc. On se hâtera alors de rouvrir l'anse et de lui faire décrire un demi-cercle de haut en bas

et de droite à gauche. Presque constamment le calcul retombera aussitôt, et l'anse étant effacée le sac reviendra, soit peletonné, soit étendu, mais dans tous les cas avec facilité. Si, par une exception qui ne s'est encore présentée à moi qu'une seule fois, ce que nous venons de conseiller n'était pas suivi du succès, on exercerait des tractions sur le bout du fil qui, après avoir longé extérieurement l'instrument et la membrane, va s'attacher à l'infundibulum. Bientôt on verrait cet infundibulum au méat urinaire, et, en le saisissant et l'attirant fortement, le sac se romprait dans tout son pourtour au niveau du filet ; il n'y aurait plus qu'à retirer l'un après l'autre, ou même ensemble, la membrane et l'hyménophore.

Pour résumer promptement ce travail, et présenter en un instant toutes les particularités qui échappent au milieu des détails et des descriptions de toute espèce, supposons qu'on soit décidé à traiter un calculeux par la *lithyménie*.

Le médecin tiendra compte de l'âge du malade, de l'époque où remonte l'apparition des premiers symptômes, de leur nature, de leur intensité, de la couleur de l'urine, de son action sur les papiers réactifs, de sa densité, de son odeur, etc, etc. Si de petites concrétions ont été rendues et qu'on les lui soumette, il les plongera dans notre solution acide et ensuite dans la solution alcaline. En un mot, il faut apporter la plus scrupuleuse attention pour diagnostiquer non-seulement l'existence du calcul, mais même arriver, s'il se peut, à la connaissance de sa composition. Vient ensuite le cathétérisme qu'on pratiquera, non avec une sonde ordinaire, mais avec l'hyménophore ; on cherchera le corps étranger et on le saisira comme il a été dit plus haut. Si tous les renseignements précédents n'ont rien appris sur sa nature, on sera au moment de l'opération qui permettra l'appréciation la plus sûre à laquelle il ait été donné d'arriver jusqu'à présent. La sonde de Hales sera dirigée sur le calcul, le touchera, le heurtera infailliblement, parcourra sa surface, dont les inégalités, s'il en existe, seront facilement appréciées ; les plis de la vessie ne viendront pas rendre cette exploration douloureuse, difficile et infructueuse.

Admettons que, malgré tout cela, l'on ne soit pas encore bien fixé sur le diagnostic de la composition intime de la concrétion urinaire, on commencera alors l'irrigation avec le liquide acide. Le canal de retour de la sonde à double courant versera le lithontriptique dans une petite poche d'étoffe du soie, et bientôt l'absence ou la présence de fragments de sulfate de chaux indiquera s'il faut continuer ou changer la solution. Dans cette

dernière hypothèse, l'emploi du menstrue alcalin sera suspendu de temps en temps pour revenir au précédent.

Nous savons en effet qu'il est des calculs de couches successives de nature diverse, et qu'il ne serait pas impossible de rencontrer une lame de phosphate tribasique sous une lame d'acide urique, quoique le contraire soit la règle et que cette règle ne soufre que peu d'exceptions.

En suivant la marche que nous venons de tracer, on aura promptement raison des concrétions urinaires ; mais il est certain que, dans quelques rares circonstances, on pourra douter si la pierre est de l'acide urique ou de l'oxalate de chaux. MM. Lisfranc et Blandin, à qui j'ai parlé dernièrement de l'embarras où ce doute pourrait jeter, n'ont pas désaprouvé un moyen que je propose : ne serait-il pas avantageux de faire ici une simple injection acide, de fermer le sac, et, deux heures environ après, de recevoir dans un verre le liquide de cette injection ? Il est certain que de petites pellicules rouge-brun nageront dans le réactif si la concrétion est oxalique. Au contraire, il ne s'y remarquera rien si elle est urique, et toute difficulté sera levée.

Je ne vois pas non plus pourquoi on n'envelopperait pas ainsi, pour des journées entières, les calculs muraux ; on arrêterait par là leur accroissement ; on épargnerait aux malades les douleurs cruelles occasionnées par leurs saillies souvent pointues et acérées, et enfin on les détruirait peu à peu par macération dans le réactif acide. L'inconvénient de laisser la membrane dans le canal de l'urêtre serait plus que compensé par tous ces avantages. Après tout, je ne craindrais pas de la pousser en totalité dans la vessie, en ne tenant à l'extérieur que le fil de soie qui servirait à la ramener quand il faudrait la changer. A l'amphithéâtre, tout cela a réussi au delà de mes espérances.

Quelle que soit la nature du calcul, lorsqu'il ne sera primitivement qu'un petit noyau, ou qu'on l'aura réduit à ce point par les lithontriptiques, on essaiera de l'attirer au dehors en lui faisant franchir avec la membrane toute la longueur de l'urètre. Cela abrégera singulièrement la durée du traitement, surtout si ce noyau est de l'oxalate de chaux, et à plus forte raison quand la matière qui le constitue est à peu près inattaquable par nos solutions : morceaux de bois, balles, fragments de tuyaux de pipe, de tiges de plantes, de baromètre, etc.

La lithyménie me semble donc satisfaire à toutes les indications, puisqu'en se plaçant, comme on le voit, dans les circonstances les plus épineuses, il y a toujours lieu de compter sur elle, et qu'elle répond à toutes les objections. D'ailleurs, les assertions

produites dans ce Mémoire ne sont pas le frnit de vues purement spéculatives, mais bien de travaux sérieux, entrepris depuis longtemps, et sur le cadavre, et dans le laboratoire de chimie ; aussi je les soumets avec confiance à l'appréciation des hommes qui furent mes maîtres et qui seront toujours mes modèles, et à celle du monde médical.

---

49. *Du projet de loi sur l'exercice et l'enseignement de la Médecine en France.*

(Revue médico-chirurgicale, février 1847.)

Le public médical est vivement et justement préoccupé des retards que subit la présentation aux chambres du projet de loi qui doit régler la profession. Sera-t-il présenté dans cette session ? Ou bien, comme l'autre année, des promesses solennelles demeureront-elles sans résultat ? Et puis, quelle sera la portée de la loi ? Se bornera-t-elle à régulariser l'enseignement ; ou s'occupera-t-elle en même temps de la pratique ? Voilà les questions qui se répètent dans les journaux et dans le public, et qui sont restées jusqu'à présent sans réponse.

Nous croyons être en mesure de donner à nos lecteurs quelques renseignements sur ces divers points. Le projet de loi est formulé, et la session ne se passera pas sans qu'il ait été présenté. Quant à l'époque de cette présentation, nous croyons qu'elle n'est pas aussi prochaine que quelques journaux l'ont donné à entendre.

Un autre point plus important encore, c'est que la loi réglera à la fois l'exercice et l'enseignement de la médecine. Nous n'avons pu avoir communication du projet lui-même, et on garde au ministère à cet égard un mystère qui pourrait éveiller de fortes craintes : cependant, il nous paraît que ces craintes seraient au moins exagérées ; et que M. le Ministre tient seulement à ne rendre son œuvre publique que quand elle aura reçu sa rédaction définitive. Voici, du reste, d'après des renseignements que nous avons tout lieu de croire exacts, quelles en seraient les principales dispositions.

Il n'y aurait plus à l'avenir qu'un seul ordre de praticiens, sous le titre de Docteurs. Les docteurs étrangers ne seraient admis à exercer en France qu'autant que le Conseil royal de l'Université aurait vérifié la valeur de leurs diplômes. Les officiers de santé actuels continueraient à exercer en cette qualité, ou bien on leur faciliterait les abords du doctorat.

La médecine serait déclarée incompatible avec la pharmacie ; et toute association entre un médecin et un pharmacien sévère-

ment défendue. Toutefois les praticiens éloignés de toute officine auraient le droit, sous certaines conditions, de tenir des médicaments. Toute usurpation de titres ou tout exercice illégal de la médecine serait puni d'un emprisonnement de six mois au moins.

Il y aurait, dans chaque canton, un ou plusieurs médecins cantonaux, à la nomination des préfets.

Il y aurait également, dans chaque département, un conseil médical, composé de deux médecins et d'un pharmacien, dont la nomination serait attribuée en partie aux médecins du département, en partie au ministre de l'instruction publique, à peu près selon la règle établie pour la nomination des maires; le ministre ayant à choisir sur la liste des élus. Ces conseils médicaux auraient surtout pour fonctions de vérifier la légitimité des diplômes et de dresser les listes des médecins ayant droit d'exercer. A Paris, le conseil médical serait composé de vingt-sept membres.

Voilà pour ce qui regarde la pratique.

Quant à ce qui concerne l'enseignement et les études, il n'y aurait pas de moindres innovations.

D'abord, bien que les docteurs seuls pussent exercer, il y aurait deux autres grades honorifiques, le baccalauréat et la licence. La licence s'obtiendrait après quatre ans d'études; le doctorat après cinq ans.

Les écoles préparatoires, rattachées à l'Université, donneraient une instruction égale à celle des Facultés pour les deux premières années d'étude. Les trois dernières devraient se passer dans les Facultés.

Toutes les places de professeurs, soit dans les Facultés, soit dans les écoles préparatoires, seraient données au concours. On dit même que le ministre n'aurait fait aucune réserve pour les chaires de création nouvelle. En revanche, il s'attribuerait un certain droit dans la nomination du jury; et il pourrait, dans certains cas, autoriser la permutation de chaires, soit dans une Faculté, soit d'une Faculté à une autre.

L'enseignement libre par tout docteur des Facultés de France serait érigé en principe, sauf quelques précautions réglementaires.

Enfin, quelques dispositions spéciales régiraient les professions secondaires de dentistes, d'orthopédistes, de bandagistes, de sages-femmes.

Une autre partie du projet aurait trait à la pharmacie, qui serait à peu près établie sur les mêmes bases que la médecine.

Nous nous bornons, dans ce moment, à cette exposition pure

et simple. Quelques lacunes s'y font remarquer; quelques dispositions appelleraient la critique peut-être ; mais, ainsi que nous l'avons dit, la rédaction définitive ne paraît pas encore arrêtée. D'ailleurs, parce que tous nos désirs ne seraient pas complétement satisfaits, cela ne nous empêcherait pas de reconnaître l'esprit large et vraiment libéral qui a présidé à l'élaboration de ce projet ; nous appelons de tous nos vœux le moment où il sera livré à la discussion des chambres ; et si M. de Salvandy parvient à mener à bonne fin cette œuvre difficile, nous n'hésitons pas à dire qu'il aura bien mérité de la profession médicale, dont les intérêts, dans cette circonstance, ne sont pas que ceux du pays.

---

50. *Corps étranger (hameçon) arrêté dans l'œsophage.*
(Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques, janvier 1846.)

Un journal de Philadelphie (*The medical Examiner*) rapporte le fait suivant, qui compte sans doute fort peu d'analogues.

Une dame, voulant faire sa sieste par une journée fort chaude, se jeta sur un lit de repos, et s'endormit profondément. Elle reposait ainsi, lorsque son petit-fils entra dans sa chambre, ayant à la main une ligne à pêcher. Voyant sa grand'mère dormir la bouche ouverte, il eut l'inconcevable idée d'y déposer son hameçon, comme s'il eût voulu pêcher un poisson. Cette dame s'éveilla aussitôt, et, en fermant brusquement la bouche, elle avala l'hameçon, qui pénétra quelques pouces dans l'œsophage. A ses cris, toute sa famille accourut. Son petit-fils, effrayé, s'enfuit en jetant là sa ligne ; mais on s'efforça vainement de retirer le corps étranger qui adhérait à la muqueuse de l'œsophage ; et craignant de l'enfoncer plus avant, on cessa toute tentative d'extraction, et l'on envoya chercher M. le docteur Leroy Antony, qui était dans le voisinage. Celui-ci, étant arrivé, pensa que l'hameçon n'était pas enfoncé dans les chairs, et il chercha aussitôt à l'extraire par le procédé suivant : il commença par couper le fil à un pied ou deux de la bouche de sa malade. Puis il prit une balle de fusil, la perça dans son centre, et, y faisant passer le fil, la glissa ainsi jusque sur l'hameçon. Alors il saisit un roseau, dont il avait perforé les nœuds, et, y ayant également fait passer le fil, il le porta jusque sur la balle. Il suffit de presser légèrement ainsi ; l'hameçon se détacha, et M. Leroy amena au dehors, après la première tentative, le roseau, la balle de plomb et l'hameçon.

Il est à remarquer que l'hameçon était très-légèrement enfoncé dans la muqueuse; le procédé de M. Leroy était donc parfaitement convenable pour pousser cette pointe crochue de haut en bas, et lui faire lâcher prise. La balle de plomb, tombant alors

immédiatement sur la pointe de l'hameçon, avait sans doute pour effet d'empêcher qu'en retirant ce corps, il ne s'accrochât sur quelque autre point du gosier. Mais si l'hameçon, au lieu d'adhérer très-légèrement à la muqueuse, avait pénétré dans les tissus jusqu'au delà de son crochet, de manière à s'y implanter fortement, à quels moyens aurait-on eu recours pour en faire l'extraction ? En tirant sur le fil, on eût enfoncé la pointe plus profondément dans l'œsophage ; en pressant sur l'hameçon avec le roseau, ou mieux encore peut-être avec une sonde en gomme élastique, on n'aurait pu le repousser qu'en déchirant la partie comprise entre la pointe et l'arête de l'instrument, et cependant il n'y aurait pas eu d'autre parti à prendre, trop heureux encore si on avait pu extraire ainsi l'hameçon aux dépens d'une déchirure, qui n'aurait pas eu d'ailleurs des inconvénients bien graves, une fois le corps étranger retiré.

L'introduction des hameçons dans la peau des mains, des bras, de la face, dans la muqueuse buccale, etc., est un accident assez commun, et qui affecte péniblement parfois la classe nombreuse des pêcheurs à la ligne. Un praticien, dont nous apprécions le jugement et l'expérience, M. le docteur Leclercq, de Senlis, nous disait, à l'occasion du fait que l'on vient de lire, et dont nous lui racontions les curieux détails, qu'il avait observé six fois ces sortes de plaies compliquées de la présence du corps étranger ; que si l'on cherchait à débrider avec la pointe du bistouri, ainsi que le conseillent les auteurs, on faisait éprouver au patient d'assez vives douleurs, et on ne réussissait à extraire l'hameçon qu'après de longs tâtonnements ; tandis qu'il est un moyen beaucoup plus simple d'en opérer immédiatement l'extraction : cet hameçon, bien qu'enfoncé au delà de son arête, ne pénètre ordinairement que dans une partie très-superficielle du derme. Il est quelquefois possible de faire saillir la pointe à l'extérieur, en lui faisant éprouver un mouvement de bascule ; on peut alors couper l'hameçon et l'extraire assez facilement ; mais le plus souvent M. Leclercq le saisit, tire à lui légèrement, de manière à faire saillir un peu la peau, et d'un coup de ciseaux ou de bistouri retranche la peau au-dessous de lui, de manière à laisser une petite plaie avec perte de substance, qui doit se cicatriser promptement. Cette petite opération, faite dans l'intervalle d'une seconde, est beaucoup moins douloureuse que les tentatives d'extraction avec débridement pratiquées par la plupart des chirurgiens.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 173e VOLUME.

8e SÉRIE, TOME I. — JANVIER 1847.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Observations de purpura hæmorrhagica recueillies à l'hôpital militaire de Liége dans le service et sous la direction de Monsieur le médecin de régiment Merchie ; par *A. J. Hart*. 1
Rapport sur le service du second semestre de 1846 ; par le médecin principal *Gouzée*. 8
Histoire de la syphilis dans l'antiquité ; par le docteur *Rosenbaum*. 12
Mémoire sur l'ophthalmie gonorrhoïque ; par le docteur *Fréd. Hairion*. 37
Nouveau speculum oris. 59
Des inspirations de vapeur éthérée 60

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

ANATOMIE. — 1. Recherches d'anatomie comparée ; par le docteur *Deschamps*. 1
20. Des hypothèses et des connaissances positives concernant la fibrine ; par le docteur *Zimmermann*. 230
21. Analyse de la lymphe ; faite par M. *Ceiger*. 231

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALES.

PATHOLOGIE INTERNE. — 2. Recherches cliniques sur les causes organiques et le mécanisme de production des affections appelées hystériques ; par *Ch. Schutzenberger*. 11
3. De la pneumonie latente ; par le docteur *C. Saucerotte*. 27
4. Considérations sur la nature de la glucosurie (diabète sucré) et sur les difficultés que présente dans les hôpitaux le traitement de cette maladie, avec de nouvelles observations ; par M. *Bouchardat*. 35
23. De l'éclampsie ; par le docteur *Landsberg*. 234
44. Catalepsie qui a duré huit ans, guérie par le vomissement d'un ver ; par le docteur *Hubertz*. 262
THÉRAPEUTIQUE. — 5. De l'emploi de l'iodure de potassium dans les maladies syphilitiques ; par M. *Payan*. 49
6. Sur le traitement de l'érysipèle par des vésicatoires linéaires appliqués à l'entour du lieu malade ; par M. *Piorry*. 58
7. Sur un nouveau moyen de supprimer la douleur dans les opérations chirurgicales ; découvert par M. *Morton*. 61
8. Observations cliniques et remarques thérapeutiques sur l'emploi des préparations d'or, dans le traitement de diverses affections syphilitiques et scrofuleuses ; par M. le docteur *A. Legrand*. 69
24. L'alcool de soufre contre la sciatique ; par le docteur *Berg*. 235
25. De l'application du galvanisme dans un cas de métrorrhagie accidentelle ; par M. *Radford*. 236
26. Expériences sur l'action comparative de certains médicaments administrés par l'estomac et par le rectum ; par MM. *Restelli* et *Gaetano Strambio*. 237

47. De l'influence des pâtes mercurielles sur les caries dentaires ; par M. *E. Collin* fils. 270

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS. — 9. Des plaies de la matrice dans l'état de grossesse ; observation d'une plaie de ce genre, suivie de guérison ; par *C. Czajewski.* 80
10. Des dégénérescences du tissu de l'utérus, et des tumeurs accidentelles de cet organe, envisagées sous le point de vue de leur influence sur la grossesse, l'accouchement et les suites de couches ; par *Honoré Chailly.* 90
27. Cas d'absence du cordon ombilical. 239
28. Grossesse extra-utérine abdominale-tubaire ; péritonite ; mort ; par M. *Mariano Casaubon.* 240
29. Accouchement rendu laborieux par un vice de conformation du bassin ; gangrène ; fistule vésico-vaginale guérie par un secours en apparence insignifiant ; par M. *Torres De Villanueva.* 241
30. Compte-rendu des accouchements qui ont eu lieu dans le cercle du Haut-Rhin (Grand-Duché de Bade), pendant 1843 et 1844 ; par le professeur *Schwoerer.* 244
31. Hystérotomie vaginale. 245
45. Accouchement remarquable ; par le docteur *Gliemann.* 262
MALADIES DES FEMMES. — 11. De la cautérisation de col du l'utérus avec le caustique solidifié de potasse et de chaux ; par le docteur *Filhos.* 101
43. Encéphaloïde expulsé de l'utérus ; par le docteur *Berg.* 262
MALADIES DES ENFANTS. — 12. Remarques sur l'ulcère gangréneux de la bouche chez les enfants (cancrum oris), et sur l'efficacité du chlorate de potasse dans le traitement de cette maladie ; par le docteur *Henry Hunt.* 121

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 13. Observations sur les fistules dentaires ; par le docteur *Roussilhe.* 128
34. Sur le diagnostic de l'étranglement de la hernie du trou ovalaire ; par le docteur *Rœser.* 249
MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 14. Les hémorrhoïdes traitées par les caustiques. 131
15. Des cas auxquels l'opération de la gastro-stomie est applicable ; par M. le professeur *Sédillot.* 143
16. Note sur plusieurs cas nouveaux de guérison complète de fistules vésico-vaginales, avec perte de substance affectant le bas-fond de la vessie, au moyen du procédé de réunion autoplastique par glissement ; par M. *Jobert.* 156
22. Plaie d'estomac traitée par la diète absolue observée pendant l'espace de six jours ; par M. *Cirugeda y Pastor.* 232
32. Abcès par congestion à la partie moyenne et externe de la cuisse ; applications réitérées de moxas sur la quatrième vertèbre lombaire ; guérison ; par M. *Rafael Torns.* 247
33. Hydrocèle de la tunique vaginale guérie par les injections d'eau et d'alcool ; par M. *Sangay.* 248
35. Résection du radius et du cubitus à l'articulation du poignet ; par M. *Adelmann.* 251
48. De la lithyménie, ou destruction des calculs vésicaux par les irrigations intra-membraneuses ; par M. *Dumesnil.* 275
50. Corps étranger (hameçon) arrêté dans l'œsophage. 289

VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

MALADIES MENTALES. — 17. De l'alimentation forcée des aliénés ; par M. *Baillarger.* 166

XII. GÉNÉRALITÉS.

18. Etudes sur la pléthore ; par M. *Pidoux*. 171
19. Huitième session du congrès des savants italiens tenue à Gênes en 1846. 196
46. Notice topographique et médicale de la ville d'Hyères ; — Topographie médicale du comté de Nice ; par les docteurs *Barth* et *César Provençal*. 263
49. Du projet de loi sur l'exercice et l'enseignement de la Médecine en France. 287

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE royale des sciences de Paris. (Séances des 28 décembre et 4, 11 janvier.) — Analogies des membres supérieurs avec les membres inférieurs. 209. — Elasticité et cohésion des principaux tissus du corps humain. 211. — Traitement de la phthisie par la gymnastique des poumons et par l'engraissement. — Nerfs du péritoine chez l'hyperoodon ; par M. Vrolik. 213.
ACADÉMIE royale de médecine de Paris. (Séances des 29 décembre 5, 12 janvier.) La taille et la lithotritie. 219. — Nouveau moyen de supprimer la douleur dans les opérations chirurgicales. 221. — Théorie des fièvres intermittentes. Du rôle de la rate dans la production de ces fièvres. 223.

MÉLANGES.

36. Infanticide ; enfant mutilé trouvé dans un puits ; quelle était la date présumée de sa mort ; l'enfant avait-il vécu ? la mutilation avait-elle eu lieu pendant la vie de l'enfant ou après sa mort ? 254
37. Infanticide ; cadavre d'enfant trouvé suspendu derrière une porte à l'aide d'un lacet passé autour du cou ; la constriction du cou n'avait-elle eu lieu qu'après la mort, comme l'affirmait l'accusée, ou pendant la vie de l'enfant ? la mort en était-elle le résultat ? 255
38. Question d'identité présentant de graves difficultés. — Est-il possible de confondre le cadavre d'une jeune fille de 18 ans avec celui d'une femme de 31 ans, alors même que celle-ci eût été idiote, d'une complexion grêle et faible et d'une conformation physique incomplète ? 256
39. Empoisonnement par l'arsenic datant de près de dix ans ; recherches faites sur le squelette ; arsenic trouvé dans les os. 258
40. Empoisonnement par l'arsenic, au moyen de gâteaux saupoudrés d'acide arsénieux ; arsenic constaté dans le corps de la victime et dans les restes des gâteaux. 259
41. Suspicion d'empoisonnement par l'arsenic ; guérison des victimes ; impossibilité de constater le corps du délit. 260
42. Sur l'influence toxique des papiers de teinture de couleur verte ; par le docteur *Martin*. 261

TABLE

DES MATIÈRES PAR ORDRE DE JOURNAUX. — 173e VOLUME.

8e SÉRIE, TOME I. — JANVIER 1847.

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE DE ROGNETTA (N° 8; 1846).

Les hémorrhoïdes traitées par les caustiques. 131

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES (novembre 1846).

Baillarger. De l'alimentation forcée des aliénés. 166

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE (novembre 1846).

Legrand (A.). Observations cliniques et remarques thérapeutiques sur l'emploi des préparations d'or, dans le traitement de diverses affections syphilitiques et scrofuleuses. 69

Chailly (Honoré.) Des dégénérescences du tissu de l'utérus, et des tumeurs accidentelles de cet organe, envisagées sous le point de vue de leur influence sur la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. 90

Filhos. De la cautérisation du col de l'utérus avec le caustique solidifié de potasse et de chaux. 101

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (Nos 43, 50, 51, 52; 1846 et 1847, 1, 4).

Deschamps. Recherches d'anatomie comparée. 1

Schutzenberger (Ch.). Recherches cliniques sur les causes organiques et le mécanisme de production des affections appelées hystériques. 11

Saucerotte (C.). De la pneumonie latente. 27

Bouchardat. Considérations sur la nature de la glucosurie (diabète sucré) et sur les difficultés que présente dans les hôpitaux le traitement de cette maladie, avec de nouvelles observations. 35

Sédillot. Des cas auxquels l'opération de la gastro-stomie est applicable. 143

Jobert. Note sur plusieurs cas nouveaux de guérison complète de fistules vésico-vaginales, avec perte de substance affectant le bas-fond de la vessie, au moyen du procédé de réunion autoplastique par glissement. 156

Huitième session du congrès des savants italiens tenue à Gênes en 1846. 196

Infanticide; cadavre d'enfant trouvé suspendu derrière une porte à l'aide d'un lacet passé autour du cou; la constriction du cou n'avait-elle eu lieu qu'après la mort, comme l'affirmait l'accusée, ou pendant la vie de l'enfant? la mort en était-elle le résultat? 255

Question d'identité présentant de graves difficultés. — Est-il possible de confondre le cadavre d'une jeune fille de 18 ans avec celui d'une femme de 31 ans, alors même que celle-ci eût été idiote, d'une complexion grêle et faible et d'une conformation physique incomplète? 256

Infanticide; enfant mutilé trouvé dans un puits; quelle était la date présumée de sa mort; l'enfant avait-il vécu? la mutilation avait-elle eu lieu pendant la vie de l'enfant ou après sa mort? 254

Empoisonnement par l'arsenic datant de près de dix ans; recherches faites sur le squelette; arsenic trouvé dans les os. 258

Empoisonnement par l'arsenic, au moyen de gâteaux saupoudrés d'acide arsénieux ; arsenic constaté dans le corps de la victime et dans les restes des gâteaux. 259
Suspicion d'empoisonnement par l'arsenic ; guérison des victimes ; impossibilité de constater le corps du délit. 260
Barth et *Provençal* (César). Notice topographique et médicale de la ville d'Hyères ; — Topographie médicale du comté de Nice. 263

GAZETTE DES HÔPITAUX (Nos 109 et 110 ; 1846)

Dumesnil. De la lithyménie, ou destruction des calculs vésicaux par les irrigations intra-membraneuses. 275

JOURNAL DE CHIRURGIE DE M. MALGAIGNE (décembre 1846).

Czajewski (C.). Des plaies de la matrice dans l'état de grossesse ; observation d'une plaie de ce genre, suivie de guérison. 80

JOURNAL DE MÉD. ET DE CHIR. PRATIQUES (janvier 1847).

Corps étranger (hameçon) arrêté dans l'œsophage. 289

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX (décembre 1846).

Boussilhe. Observations sur les fistules dentaires. 128

JOURNAL DE MÉDECINE DE M. TROUSSEAU (décembre 1846).

Pidoux. Etudes sur la pléthore. 171

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES (juin 1846).

Collin (E.) fils. De l'influence des pâtes mercurielles sur les caries dentaires. 270

REVUE MÉDICALE (novembre 1846, janvier 1847).

Payan. De l'emploi de l'iodure de potassium dans les maladies syphilitiques. 49
Piorry. Sur le traitement de l'érysipèle par des vésicatoires linéaires appliqués à l'entour du lieu malade. 58

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE (janvier 1847.)

Morton. Sur un nouveau moyen de supprimer la douleur dans les opérations chirurgicales. 61
Hunt (Henry.) Remarques sur l'ulcère gangréneux de la bouche chez les enfants (cancrum oris), et sur l'efficacité du chlorate de potasse dans le traitement de cette maladie. 121
Du projet de loi sur l'exercice et l'enseignement de la médecine en France. 287

JOURNAUX ALLEMANDS.

ARCHIV FUER PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE.

Zimmermann. Des hypothèses et des connaissances positives concernant la fibrine. 230
Ceiger. Analyse de la lymphe. 231
Rœser. Sur le diagnostic de l'étranglement de la hernie du trou ovalaire. 249
Adelmann. Résection du radius et du cubitus à l'articulation du poignet. 251

ZEITSCHRIFT FUER DIE GESAMMTE MEDICIN.

Landsberg. De l'éclampsie. 234
Berg. L'alcool de soufre contre la sciatique. 235

ANNALEN DER STAATS-ARZNEIKUNDE.

Schœwrer. Compte rendu des accouchements qui ont eu lieu dans le cercle du Haut-Rhin (Grand-Duché de Bade), pendant 1843 et 1844. 244
Hystérotomie vaginale. 245
Martin. Sur l'influence toxique des papiers de teinture de couleur verte. 261

Berg. Encéphaloïde expulsé de l'utérus. 262
Hubertz. Catalepsie qui à duré huit ans, guérie par le vomissement d'un ver. 262
Gliemann. Accouchement remarquable. 262

JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS.

LONDON MED. GAZETTE.

Radfort. De l'application du galvanisme dans un cas de métrorrhagie accidentelle. 236

JOURNAUX ESPAGNOLS.

ANALES DE CIRUGIA.

Rafael Torns. Abcès par congestion à la partie moyenne et externe de la cuisse ; applications réitérées de moxas sur la quatrième vertèbre lombaire ; guérison. 247
Sangay. Hydrocèle de la tunique vaginale guérie par les injections d'eau et d'alcool. 248

LA FACULTAD.

Cirugeda y Pastor. Plaie d'estomac traitée par la diète absolue observée pendant l'espace de six jours. 232
Cas d'absence du cordon ombilical. 239
Mariano Casaubon. Grossesse extra-utérine abdominale-tubaire ; péritonite ; mort. 240
Torres De Villanueva. Accouchement rendu laborieux par un vice de conformation du bassin ; gangrène ; fistule vésico-vaginale guérie par un secours en apparence insignifiant. 241

JOURNAUX ITALIENS.

GAZETTA MEDICA DI MILANO.

Restelli et *Gaetano Strambio.* Expériences sur l'action comparative de certains médicaments administrés par l'estomac et par le rectum. 237